



COMUNE DI ANCONA

CONSIGLIO COMUNALE

Seduta del 14 aprile 2014

L'anno 2014, il giorno 14 del mese di aprile, per le ore 14.30 è stato convocato il Consiglio comunale in seduta ordinaria pubblica e per le ore 15,30 in seduta pubblica "aperta" sul tema: "RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTÁ DI ANCONA".

Presiede il Presidente Marcello MILANI.

Partecipa il Segretario Generale Avv. Giuseppina CRUSO.

Alle ore 14,48 si procede all'appello nominale, che dà il seguente risultato:

BARCA Mario	assente	LAZZERI Cristina	presente
BERARDINELLI Daniele	presente	MANCINELLI Valeria (Sindaco)	assente
CRISPIANI Stefano	assente	MANDARANO Massimo	presente
D'ANGELO Italo	presente	MAZZEO Deanna Elena	presente
DINI Susanna	presente	MILANI Marcello	presente
DIOMEDI Daniela	presente	MORBIDONI Lorenzo	presente
DURANTI Massimo	assente	PELOSI Simone	assente
FAGIOLI Tommaso	presente	PISTELLI Loredana	presente
FANESI Michele	presente	PIZZI Simone	assente
FAZZINI Massimo	presente	POLENTA Michele	presente
FINOCCHI Bona	presente	QUATTRINI Andrea	presente
FIORDELMONDO Federica	assente	RUBINI FILOGNA Francesco	presente
FREDDARA Claudio	assente	TOMBOLINI Stefano	assente
GNOCCINI Marco	assente	TRIPOLI Gabriella	presente
GRAMAZIO Angelo	presente	URBISAGLIA Diego	presente
GRELLONI Roberto	assente	VICHI Matteo	presente

Sono presenti n. 21 componenti del Consiglio.

BORINI Tiziana	presente	MARASCA Paolo	presente
CAPOGROSSI Emma	assente	SEDIARI Pierpaolo	assente
FIORILLO Fabio	assente	SIMONELLA Ida	presente
FORESI Stefano	assente	URBINATI Maurizio	assente
GUIDOTTI Andrea	presente		

Sono presenti n. 4 assessori.

Il Presidente, constatata la legalità dell'adunanza, dichiara aperta la seduta ai sensi del comma 1 dell'art. 35 del Regolamento del Consiglio comunale.

SURROGA DEL CONSIGLIERE DIMISSIONARIO MARCO GASTALDI E CONVALIDA DEL CONSIGLIERE MARIA AUSILIA GAMBACORTA. (deliberazione n. 34)

(Alle ore 14,51 entra il consigliere Grelloni – 22 presenti)

PRESIDENTE. Buongiorno a tutti. La seduta di oggi, come anticipato al Consiglio comunale ultimo precedente del 7 aprile, è una seduta monotematica con l'eccezione che abbiamo adoperato ex lege, articolo 38 comma 8 del T.U.E.L., per la surroga del consigliere, in ragione delle dimissioni presentate dal consigliere appartenente al gruppo Movimento 5 Stelle, Marco Gastaldi, lunedì 7 aprile, entro dieci giorni dobbiamo deliberare la surroga.

Avete ricevuto la convocazione e la proposta che vado a leggervi, illustrarvi di cui al n. 1 n. 361/2014: "Surroga del consigliere dimissionario Marco Gastaldi e convalida del consigliere Maria Ausilia Gambacorta". Vista la nota protocollo 36771 del 7 aprile 2014 presentata personalmente, con la quale il consigliere Marco Gastaldi, candidato alla carica di consigliere comunale nella lista n. 14 (Movimento 5 Stelle) ha rassegnato le dimissioni dalla carica con effetto immediato; considerato che ai sensi dell'art. 38 comma 8 del D.Lgs. n. 267/2000 e ss.mm.ii., il Consiglio comunale deve procedere alla surroga del consigliere dimissionario; che ai sensi dell'articolo 45 del citato decreto legislativo il seggio di consigliere comunale resosi vacante è attribuito al candidato che nella medesima lista del consigliere dimissionario segue l'ultimo eletto", propongo al Consiglio comunale:

1. di prendere atto della rinuncia al diritto di surroga alla nomina di consigliere comunale da parte del signor Ridolfi Christian, primo dei non eletti nella lista Movimento 5 Stelle, stessa lista del consigliere dimissionario Gastaldi Marco;
2. di surrogare pertanto il consigliere dimissionario Gastaldi Marco con la signora Maria Ausilia Gambacorta che nella medesima lista Movimento 5 Stelle risulta essere il secondo dei candidati non eletti;
3. di dare atto che nei confronti del neoconsigliere non risultano cause di incandidabilità, ineleggibilità e incompatibilità di cui alla parte 1, titolo III, capo II del D.Lgs. n. 267/2000;
4. di dare atto altresì che, ai sensi dell'articolo 38 comma 4 del D.Lgs. n. 267/2000, il neoconsigliere signora Maria Ausilia Gambacorta entra in carica immediatamente con l'adozione del presente provvedimento;
5. di dare atto pertanto che la presente deliberazione è immediatamente esecutiva ope legis.

Se non ci sono interventi da parte di alcuno dei consiglieri, passerei alla votazione. Un attimo che le do la parola, consigliere D'Angelo. Prego.

CONSIGLIERE D'ANGELO (La tua Ancona). Solo per esprimere un ringraziamento e un saluto al consigliere uscente, del quale ho avuto modo di ammirare l'impegno, la serietà, la professionalità sia in Consiglio comunale che nelle Commissioni.

PRESIDENTE. Grazie consigliere.
Anche il consigliere Quattrini, giustamente. Prego.

CONSIGLIERE QUATTRINI (M5s). Mi associo al ringraziamento del consigliere D'Angelo, in quanto il consigliere Gastaldi si è dimostrato sempre attento e puntuale nel suo lavoro da consigliere, quindi lo ringrazio.

PRESIDENTE. Grazie consigliere Quattrini.
Consigliere Grelloni, prego.

CONSIGLIERE GRELLONI (Ancona 2020). Anch'io mi associo a ringraziare il consigliere Gastaldi. Tra l'altro, è stato nella mia Commissione, io l'ho sentito quando ho saputo che lui usciva dal Consiglio comunale e gli ho chiesto specificamente di continuare a collaborare, perché ha dato sempre un grande contributo, è un amico, una persona molto seria. Grazie.

(Alle ore 14,55 entra il consigliere Pelosi ed esce il consigliere Pistelli – 22 presenti)

PRESIDENTE. Grazie a voi tutti.
Se gli uffici mi danno la disponibilità di passare alla votazione. Prego, si voti.

(Segue la votazione)

Comunico l'esito della votazione:

Presenti	22
Votanti	22
Favorevoli	22

(Il Consiglio approva all'unanimità)

Invito il neoconsigliere Gambacorta a prendere posto a quello a lei riservato. Prego.

(Alle ore 14,56 entrano i consiglieri Gambacorta e Pistelli – 24 presenti)

COMUNICAZIONI.

PRESIDENTE. Con questa delibera si chiude la parte ordinaria della convocazione prevista per oggi, vado a leggere però prima di tutto una comunicazione che mi ha lasciato il capogruppo consigliere Andrea Quattrini: “Con riferimento alla surroga del consigliere dimissionario Marco Gastaldi, sostituito dal consigliere subentrante Maria Ausilia Gambacorta, il sottoscritto presidente del gruppo consiliare Movimento 5 Stelle, con la presente si comunica le seguenti modifiche all’interno delle Commissioni consiliari: VI Commissione sviluppo economico, il consigliere Maria Ausilia Gambacorta sostituisce il consigliere Andrea Quattrini; IV Commissione politiche sociali, il consigliere Daniela Diomedi sostituisce il consigliere dimissionario Marco Gastaldi”. Grazie.

Si conclude la parte ordinaria. Per quella straordinaria di cui al Consiglio comunale aperto, dobbiamo attendere le 15,30, come da programma. Grazie.

In attesa delle 15,30 propongo ai capigruppo un incontro. Grazie. In attesa dell’apertura delle 15,30.

Adunanza “aperta”

Alle ore 15,55 la seduta riprende.

Presiede il Presidente Marcello Milani.

Partecipa il Segretario Generale Avv. Giuseppina Cruso.

Si procede all'appello nominale. Sono presenti il Sindaco e n. 31 consiglieri: Barca, Berardinelli, D'Angelo, Dini, Diomedei, Duranti, Fagioli, Fanesi, Fazzini, Finocchi, Fiordelmondo, Freddara, Gambacorta, Gnocchini, Gramazio, Grelloni, Lazzeri, Mandarano, Mazzeo, Milani, Morbidoni, Pelosi, Pistelli, Pizzi, Polenta, Quattrini, Rubini Filogna, Tombolini, Tripoli, Urbisaglia, Vichi.

Sono presenti gli assessori Capogrossi, Foresi e Guidotti.

PRESIDENTE. Il consigliere D'Angelo ha chiesto la parola, vedo. Prego.

CONSIGLIERE D'ANGELO (La tua Ancona). Presidente, le chiedo un attimo di sospensione, perché debbo confrontare una parte dell'intervento con il Presidente Grelloni. Se è possibile.

PRESIDENTE. D'accordo, convengo. Perfetto. Grazie.
Sospendo per venti minuti.

Alle ore 15,57 la seduta è sospesa.

Alle ore 16,07 la seduta riprende.

Presiede il Presidente Marcello Milani.

Partecipa il Segretario Generale Avv. Giuseppina Cruso.

PRESIDENTE. Signori, buonasera, facciamo l'appello, per cortesia. Riprendiamo. Appello.

Si procede all'appello nominale. Sono presenti il Sindaco e n. 28 consiglieri: Barca, Berardinelli, Crispiani, D'Angelo, Dini, Diomedi, Duranti, Fagioli, Fanesi, Fazzini, Finocchi, Freddara, Gambacorta, Gnocchini, Gramazio, Grelloni, Lazzeri, Mandarano, Mazzeo, Milani, Pelosi, Pistelli, Quattrini, Rubini Filogna, Tombolini, Tripoli, Urbisaglia, Vichi.

Sono presenti gli assessori Capogrossi e Foresi.

RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTÀ DI ANCONA – DIBATTITO.

PROGETTO DI RIORDINO DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTÀ DI ANCONA. (deliberazione n. 35)

MOZIONE PER AVVIO DEI PROGETTI “CASA DELLA SALUTE” MEDIANTE L’AGGIORNAMENTO DEI PROTOCOLLI D’INTESA SULLA VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE REGIONALE SIGLATI NEL 2006 DA COMUNE DI ANCONA E REGIONE MARCHE. (deliberazione n. 36)

ORDINE DEL GIORNO COLLEGATO AL DOCUMENTO “PROGETTO DI RIORDINO DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTÀ DI ANCONA”. (deliberazione n. 37).

MOZIONE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTÀ DI ANCONA (ritirata)

(Alle ore 16,07 entra il consigliere Pizzi – 30 presenti)

PRESIDENTE. Dichiaro aperta l’adunanza del Consiglio comunale aperto con gli inviti agli organi e ai rappresentanti istituzionali della Regione Marche comparto Sanità. Per iniziare subito gli argomenti all’ordine del giorno, darei la parola al richiedente, primo firmatario consigliere Italo D’Angelo sulla mozione propria presentata al n. 1132/2013. Prego, consigliere D’Angelo.

CONSIGLIERE D’ANGELO (La tua Ancona). Presidente, la ringrazio. Io non illustrerò la nostra mozione, perché intendo ritirarla, ma voglio esporne la motivazione. Abbiamo preferito lavorare, pur facendo parte dell’opposizione, insieme alla maggioranza e debbo ringraziare il Presidente della Commissione sanità, Roberto Grelloni, per avere coordinato i lavori cercando di compendiare in un documento unitario il pensiero dei vari gruppi, soprattutto le aspettative dei cittadini di Ancona. Noi come gruppo “La tua Ancona” abbiamo sentito forte l’esigenza di porre all’ordine del giorno un tema così importante che riguarda nel complesso la vita dei nostri concittadini, il futuro della città, il futuro dei nostri figli.

Il 14 novembre abbiamo presentato un documento che è stato redatto dalla nostra consigliera Bona Finocchi, che pure ringrazio per il lavoro svolto, con la richiesta di convocazione di questo Consiglio monotematico. Si sono poi aggiunti i colleghi dell’opposizione.

Abbiamo fatto un passo indietro, ritenendo doveroso di non dover strumentalizzare il grave disagio in cui versano i cittadini di Ancona, che vedono leso il loro fondamentale diritto alla salute essendo ormai la città di Ancona sempre più depauperata progressivamente nell’offerta dei servizi sanitari.

Il documento che è stato redatto nelle varie sedute che si sono svolte con l’audizione dei protagonisti e degli attori della sanità, è ovviamente perfezionabile. Ritengo tuttavia che possa essere un efficace punto di partenza che consenta alla nostra Amministrazione di confrontarsi con la Regione Marche, oggi rappresentata dall’assessore, che mi dicono verrà, che è in arrivo e che io saluto.

Nel documento attuale non è stata indicata la critica clinica *Villa Igea*, in considerazione che si è voluto sottolineare il tema della sanità pubblica. Sono tuttavia convinto che *Villa Igea*, una clinica che da cinquant'anni opera e rappresenta la storia della città sul territorio, possa e debba essere tenuta in considerazione per supportare l'offerta dei servizi sanitari.

Non entrerà nel merito tecnico del documento per consentire ad altri di intervenire, ma soprattutto perché credo che la collega Bona Finocchi de "La tua Ancona" sia stata nel merito puntuale e dettagliata.

PRESIDENTE. Grazie consigliere D'Angelo.

Da quanto ho capito, quindi, il Presidente della Commissione, il consigliere Grelloni, se vuole illustrare il documento unitario, unitamente successivamente al consigliere Bona Finocchi. Prego, consigliere Grelloni.

CONSIGLIERE GRELLONI (Ancona 2020). Grazie Presidente. Io volevo fare un po' la cronistoria, dopo che abbiamo iniziato questa discussione sulla tematica della sanità ad Ancona.

Sono cinque mesi che noi stiamo cercando di lavorare su questo documento, che non è stato semplice, perché ritengo che un problema così importante per la nostra città, partendo poi dai vari problemi che ci sono e sui quali ci siamo chiesti, quando si parlava del Salesi, che non era solo l'ospedale Salesi, per noi l'ospedale Salesi è il sentimento di ogni anconetano, è la storia di questa città, è qualcosa in più di quello che obiettivamente le persone possono pensare, o la politica può solamente pensare. È qualcosa dove sono nato io, dove sono nati i miei figli, dove sono nati tanti figli di questa città e che noi vogliamo tutelare e fare in modo che il Salesi rimanga l'ospedale che tutti chiamiamo l'ospedale di Ancona, ma che è stato anche un ospedale di alta qualità che ha dato servizi anche a livello nazionale, per quanto mi riguarda.

Abbiamo toccato il discorso dell'INRCA, con il quale si sta continuando a parlare di un trasferimento, e vorremmo capire come e quando, avere dei tempi certi. Stiamo parlando, abbiamo parlato della salute mentale, del "Piano si-cura" che sembra che in questo momento di ventiquattro posti, per cui ci manderanno in altri posti. Abbiamo parlato dell'area delle tossicodipendenze e quindi abbiamo parlato un po' dei problemi complessivamente che riguardano questa città.

Io credo che il lavoro che abbiamo fatto, sicuramente il documento che abbiamo fatto, è un punto di partenza, perché credo che questo Consiglio comunale debba farsi carico di una verifica costante di quelli che saranno poi i processi con i quali la Regione andrà avanti nel voler gestire questo tipo di spostamenti che noi leggiamo sul giornale, ma che vorremmo conoscere ed entrare nel merito.

Perché dico questo? Perché io ultimamente sto leggendo dello spostamento del Salesi. Io voglio capire intanto quali saranno le modalità, quali saranno obiettivamente i tempi e soprattutto se il Salesi, il nostro Salesi sarà qualche cosa obiettivamente che avrà la qualità e i servizi che noi riteniamo opportuni per un ospedale di quel livello.

Vogliamo sapere dell'INRCA, perché anche su questo si parla di uno spostamento. Io poi posso dire che su questo spero che qualcuno, visto che ne abbiamo discusso all'interno della Commissione, ci dia ancora spiegazioni maggiori.

Vogliamo sapere sul discorso delle strutture residenziali. Vogliamo sapere del discorso che riguarda l'ex ospedale Umberto I, di cui si parla da tantissimo tempo. Quindi credo che oggi avendo qui l'assessore Mezzolani, che saluto, avendo qui gli esponenti, i vertici della Sanità, quest'oggi si arrivi almeno ad iniziare un discorso che parta dal basso, perché fino ad oggi abbiamo visto sempre ed esclusivamente cose che partono dall'alto, sulle quali le scelte dei cittadini solitamente non sono sempre condivise, ascoltate.

Quindi ritengo che il lavoro che abbiamo fatto, sicuramente è un lavoro con il quale noi vorremmo continuare a fare. Ma vorremmo continuare a fare in collaborazione con la Regione, non contro la Regione, però partendo da una discussione che venga fatta e venga ascoltata proprio partendo dalle persone, da chi ci lavora, dai cittadini e quindi cercando obiettivamente di dare un contributo che possa essere un contributo positivo nei confronti della salute della nostra città. E non è un discorso campanilistico, anche della regione. Vogliamo ritornare ad essere capoluogo di regione anche su questo. Ed essere capoluogo di regione, significa che noi non vogliamo che Ancona venga penalizzata nei confronti di quelli che sono i diritti di tutti i cittadini. Grazie. Bona Finocchi spero entrerà nel merito tecnico di questo documento.

Ringrazio, perché credo che oggi partiamo da un documento che credo possa essere ampliato e comunque condiviso con la cittadinanza. Io spero che si possano trovare momenti tematici con i cittadini, affinché l'assessore possa avere un contributo di quello che vuole essere la sanità ad Ancona e della nostra Regione. Grazie.

(Alle ore 16,12 entrano gli assessori Borini e Urbinati)

PRESIDENTE. Grazie a lei, consigliere Grelloni.

Se il consigliere Bona Finocchi mi prosegue nell'intervento. Prego, consigliere.

(Alle ore 16,13 entra il consigliere Polenta – 31 presenti)

CONSIGLIERE FINOCCHI (La tua Ancona). Ringrazio per avermi dato la parola e ringrazio quelli che sono intervenuti. Volevo chiarire subito il discorso di cosa intendiamo noi per capoluogo. Vogliamo dire che per essere capoluogo, dobbiamo anche avere delle funzioni e dei servizi, non possiamo essere capoluogo, se Ancona non viene considerata sia come città a sé stante, con servizi per i propri cittadini, sia come città sede di servizi a livello regionale.

Perché faccio questa premessa? Perché per esempio noi abbiamo articolato in vari argomenti il nostro documento che, ripeto, è il frutto di un'ampia condivisione, ognuno di noi ha ceduto qualche pezzetto dei suoi pensieri e ha accettato quelli degli altri. Noi ricordiamo, siamo anche porto, e per un vasto tratto di costa adriatica siamo l'unico porto, da Ravenna fino a Bari. Quindi abbiamo problematiche che altri luoghi della regione non hanno, che sono correlati al fatto di essere porto internazionale.

Dicevo che l'abbiamo suddiviso in varie parti. Il primo problema, quello che ha subito trovato tutti d'accordo, è stato quello che Ancona non ha un ospedale della città. Intendo dire che noi abbiamo visto in vecchi documenti, il vecchio piano sanitario regionale, eccetera, a parte che negli anni si sono chiusi tanti complessi specialistici ospedalieri che è inutile che sto ad elencare, tanto li conoscete tutti, qualcuno tanto è ancora vuoto, dicevo, però tutti questi stabilimenti erano ad alta specializzazione, noi abbiamo rinunciato all'Umberto I e negli accordi c'era che l'ospedale della città sarebbe stato Torrette. Poi nel tempo, invece, Torrette è diventato esclusivamente ad alta specializzazione.

A questo punto, a noi manca un punto di riferimento, perché avere come ospedale della città, come ospedale di riferimento per gli interventi non ad alta specializzazione, faccio ad esempio una possibilità di ricovero per gli interventi a bassa specializzazione come Senigallia e Jesi, significa non creare quel tipo di rapporto che invece deve esserci per esempio tra i medici di Medicina Generale e le equipe di riferimento. Se questa equipe è in un'altra località a qualche chilometro di distanza, questa rete è più difficile crearla, è più facile che quei medici abbiano dei rapporti con i medici della loro città. Questo per far capire perché è molto sentito questo problema.

Io cerco di andare un po' veloce, perché poi voglio lasciare alla discussione degli altri. Quindi noi in pratica chiediamo che Torrette rimanga punto di riferimento anche per gli interventi a bassa specialità, che abbia un angolino deputato a questo.

Poi, mi dispiace che non c'è nessuno che rappresenti l'INRCA, l'INRCA è un'altra struttura alla quale Ancona è molto affezionata, perché c'è da molti anni in città. Noi vorremmo capire bene come va a finire la funzione dell'INRCA, perché una chiarezza di funzioni nei vari poli ospedalieri nella città poi porta ad una chiarezza nell'organizzazione di tutta la rete, dai medici di Medicina Generale, la specialistica e tutto il resto. Altrimenti va a finire che c'è uno scollamento totale.

Per esempio, per l'INRCA noi abbiamo auspicato che venga mantenuto, e penso che questo sia la funzione di "Italia longeva", lo studio dell'invecchiamento, la cura degli anziani e la formazione connessa, ma noi vorremmo anche che rimanessero anche i posti letto che ha attualmente l'INRCA. E siccome abbiamo saputo che invece potrebbero essere diminuiti, noi pensiamo che una buona idea potrebbe essere che vengano mantenuti i due poli, il nuovo quando verrà costruito come fulcro dell'attività di "Italia longeva", e vengano mantenute invece anche nel posto dove adesso stanno, delle funzioni più di lunga degenza, di riabilitazione. Insomma, un polo per l'acuzie e uno invece per il post acuzie, perché è nel post acuzie che abbiamo bisogno, è il post acuzie il problema, lo sappiamo tutti, non si sa dove metterli, per cui aumenta la degenza ospedaliera, anche perché non abbiamo quest'altro tipo di funzione.

Ora, so che molta della clac è del Salesi. Parliamo anche del Salesi. Il Salesi è un ospedale che è nato dalla volontà dei cittadini, con i soldi dei cittadini, è nato come ospedale della città su donazioni dei cittadini. Ha avuto un glorioso passato, era la struttura pediatrica dell'Italia centro-meridionale. Dopo c'è anche il Bambin Gesù a Roma, però su questo lato, sull'Adriatico era il Salesi che attirava come eccellenza anche dalle regioni limitrofe. Ora, noi sappiamo che è necessario che venga trasferito a Torrette, perché sappiamo che la struttura avrebbe bisogno se non di molti interventi, però noi vogliamo che sia posto in una struttura autonoma e indipendente, idonea all'assistenza pediatrica che non veda commistione tra adulti e minori, né come reparti, né come pronto soccorso, perché questa è la peculiarità di un ospedale materno infantile, un ospedale pediatrico.

Tutti i percorsi sono stati studiati all'interno del Salesi, proprio tenendo conto di tutte quelle che sono le norme europee e internazionali per favorire, per alleggerire al massimo il ricovero pediatrico. Quindi noi chiediamo che si mantenga questo standard di eccellenza. Noi abbiamo una grande paura che il Salesi diventi un reparto all'interno dell'Azienda ospedaliera.

Anche per quello che riguarda l'ostetricia una parola brevissima. È già abbastanza intasata. Se noi vogliamo veramente chiudere l'ospedale di Osimo, l'ostetricia, dobbiamo tenere presente che non tutte, ma probabilmente gran parte delle donne che avrebbero partorito ad Osimo, poi si riverseranno sul Salesi, e quindi dobbiamo tenerne conto quando pensiamo alle dotazioni, posti letto, eccetera.

Su *Villa Igea* ha già parlato il consigliere D'Angelo. L'unica cosa che volevo dire, che in tutti i vari incontri tutti i gruppi erano concordi nel sottolineare che *Villa Igea* è un patrimonio della città che ci piacerebbe rimanesse tale, pur essendo privata. Quindi noi non l'abbiamo inserita nel nostro progetto.

Parliamo dell'assistenza territoriale. Purtroppo l'assistenza territoriale sappiamo essere penalizzata un pochettino ovunque, se vogliamo ridurre, lo sappiamo, lo diciamo sempre, i ricoveri ospedalieri impropri, dobbiamo migliorare l'assistenza territoriale. Purtroppo noi ci troviamo depauperati rispetto anche semplicemente agli anni passati, anche in questo settore. Ribadisco il discorso che ci è venuto meno quel rapporto tra base e specialità, che è necessario anche per alleggerire la parte ospedaliera. C'è

bisogno di un rapporto tra i medici di Medicina Generale e il territorio, e la struttura di riferimento. Se questo rapporto viene a mancare, si appesantisce la parte ospedaliera.

Dicevo che per quello che riguarda l'assistenza territoriale, noi vorremmo che anche per Ancona venisse presa in considerazione l'esistenza della Casa della salute, perché riteniamo essere il luogo dove si possa integrare maggiormente, si possano integrare le varie figure professionali che operano nella sanità e possano quindi arrivare ad un percorso condiviso che non veda doppioni, che non veda interruzioni, che non veda tanti giri del paziente, ma che sia condiviso e il migliore possibile.

Vorrei parlare dell'ADI serenamente e pacatamente. Vorrei dare qualche dato sugli infermieri dell'ADI. Questo per far capire che Ancona non ha un ospedale di riferimento, però nemmeno il territorio ride più di tanto. Parliamo del territorio di Ancona con 102.997 abitanti, abbiamo quindici infermieri ADI. Senigallia con ottantamila abitanti ha venti infermieri ADI, Jesi con 109.788, ventitré infermieri ADI e Fabriano con 49.289 sedici più una coordinatrice. Ribadisco, Ancona 102.997, quindici. Quindi nel tempo ci siamo decisamente impoveriti.

Stesso discorso vale per i servizi legati alla tutela dell'infanzia, età evolutiva e giovani, vale per i Consultori, vale un po' per tutti, le logopediste. Una per tutte, Ancona una, Fabriano tre più una a tempo parziale, Jesi due, Senigallia cinque. Per far capire che siamo veramente i più poveri in assoluto.

Stesso discorso vale per i Consultori. Non mi voglio dilungare nelle lamentazioni, però penso che avete capito che non è vero che Ancona è tanto ricca.

Per quello che riguarda il Poliambulatorio, noi chiediamo che gli accordi stipulati nel 2006 vengano messi in pratica, nel senso che vengano finalmente ristrutturate le palazzine 1 e 2 dell'ex Umberto I, e lì vorremmo mettere il poliambulatorio, vorremmo mettere se è possibile la Casa della salute, o quei servizi che poi riusciremo ad istituire. Soprattutto vorremmo che posti letto in RSA che sono previsti, siano attivati non al posto di altri che attualmente abbiamo in altre strutture, ma in aggiunta, perché noi vediamo che gli utenti, abbiamo fatto una stima, che abitualmente risiedono in strutture esterne alla città, sono di media duecentocinquanta, il che significa che le strutture cittadine non sono sufficienti ad accoglierle. Questo è evidente.

Per quello che riguarda poi la prevenzione, una parola. Non mi voglio dilungare troppo, però anche per quello che riguarda le cure intermedie, quello che dà la continuità tra la dimissione ospedaliera e in teoria il rientro a casa, quando è possibile, dobbiamo prevedere un miglioramento, perché attualmente siamo veramente in difficoltà.

Inutile dire che investire nella prevenzione – ho cambiato capitolo – può aiutare a limitare i danni successivi e quindi può essere un investimento, e passo ad un'altra nota dolente che è quella della salute mentale. La salute mentale è stata notevolmente contratta nell'ultimo periodo. Una cosa per tutti. Per esempio, ha perso un responsabile. Non ha ormai da tempo un suo responsabile, quindi noi consideriamo che abbia perso potere contrattuale e quindi non riesce più ad ottenere risorse, ed è abbondantemente depauperata e in difficoltà.

Questo problema della responsabilità che manca, è un po' comune a vari servizi della città. Quando manca un responsabile, manca il potere contrattuale, manca la possibilità di portare risorse al proprio servizio, manca di attenzione il servizio in genere.

Per quello che riguarda i posti letto, ci è stato riferito, abbiamo avuto audizioni con vari gruppi, è stato soppresso il servizio di diagnosi e cura psichiatrica, che era il punto di ricovero della città e sembra che la famosa acuzie debba migrare verso Senigallia o Jesi. Io faccio presente che, secondo le linee guida nazionale, abbiamo posti per acuti uno ogni diecimila abitanti. Considerando l'ex zona 7 (duecentocinquantamila abitanti), dovremmo avere venticinque posti letto per acuti. E non credo che questi siano previsti nelle strutture di Jesi e Senigallia in aggiunta per i nostri pazienti. Peraltro, penso che sia intuitivo che una persona in acuzie psichiatrica forse l'idea di fargli fare una trentina

di chilometri non è poi così praticabile. Quindi vorremmo, chiediamo che secondo i parametri nazionali, vengano restituiti i posti per acuti psichiatrici.

Inoltre, in considerazione del discorso che Ancona è una città che ha problematiche diverse dagli altri, che è capoluogo, eccetera, chiediamo la riapertura di alcuni servizi che un tempo c'erano e non ci sono più, tipo un centro per adolescenti che possa ascoltare, accogliere anche adolescenti che vengano da fuori di questa città, perché noi sappiamo che spesso non vogliono farsi vedere che frequentano determinati centri. Quindi chiediamo questo tipo di centro, chiediamo un centro per i disturbi alimentari, perché purtroppo anche notizie di cronaca, ma comunque sappiamo che è estremamente necessario che venga ripristinato. Noi non chiediamo che venga ripristinato quello lì, noi chiediamo che venga previsto un centro per i disturbi del comportamento alimentare.

Ci viene richiesto, per dire anche dagli organi giudiziari, un centro di primo ascolto. Ancona è anche sede di due carceri. Il centro di primo ascolto serve per una grossolana catalogazione, una prima diagnosi, in modo che – questo può valere per tutti – ce lo chiedono gli istituti penitenziari per poter capire se la persona presa in flagranza di reato, possa andare insieme ad una camera con altri due o tre, o se invece debba stare da solo. Questo è l'esempio di quello che può essere un centro di primo ascolto per una prima diagnosi sommaria, solo per far capire che può essere utile per esempio in questo caso.

Per quello che riguarda le dipendenze patologiche, noi chiediamo che se i posti letto che per ora ci sono a Torrette dedicati a questi pazienti, vengano mantenuti, anche perché noi li consideriamo ad alta specializzazione, essendo che il cinquanta per cento di questi posti letto vengono perlopiù occupati da persone provenienti da altre province o addirittura extra regione. Perlomeno, questi sono i dati che ci hanno dato.

In sintesi, finendo questo lungo discorso, noi chiediamo che questa città venga considerata sia nella sua valenza regionale e provinciale, e anche come invece città per i suoi servizi più semplici, quelli non ad alta specializzazione, di cui usufruiscono tutti i cittadini e che i cittadini di molte comunità più piccole della nostra possono usufruire.

Noi, ribadisco, abbiamo anche in famiglia chiaramente anziani che hanno bisogno di ADI, abbiamo persone che avranno bisogno di colecistectomia, appendicectomia, molto più frequentemente – ci auguriamo – che di alta chirurgia, trapianti, eccetera. Quindi noi vi chiediamo di considerare che queste nostre richieste sono motivate anche dal fatto che ogni gruppo ha sentito la sua base, ha sentito le sue associazioni e quindi queste sono le richieste della città, non di un gruppo in particolare. Grazie.

(Alle ore 16,19 entrano gli assessori Guidotti e Sediari)

PRESIDENTE. Grazie consigliere Bona Finocchi.

Concluderei l'intervento delle illustrazioni degli argomenti all'ordine del giorno con il consigliere Matteo Vichi, relatore della mozione denominata "Casa della salute".

Prego, consigliere Vichi.

(Alle ore 16,20 entrano i consiglieri Morbidoni e Fiordelmondo – presenti 33)

CONSIGLIERE VICHI (Scelta Civica). Grazie Presidente. Vorrei salutare l'assessore Mezzolani per l'intervento, gli ospiti che poi prenderanno la parola, e anche il pubblico folto oggi, testimone di quanto sia importante l'argomento che tratteremo.

L'argomento n. 123/2014 riguarda una proposta di avvio di un progetto pilota, cosiddetto "Casa della salute". Questo è un documento complementare a quello che poco fa hanno illustrato i colleghi Grelloni e Finocchi, scende nel dettaglio di uno specifico argomento, ovvero quello della Casa della salute. Questo documento nasce

con lo spirito di proporre alla Regione Marche una soluzione innovativa per quanto riguarda l'offerta sanitaria della città di Ancona, partendo proprio dalla ridefinizione dei protocolli sanitari per la valorizzazione del patrimonio immobiliare regionale che sono stati siglati nel 2006.

Possiamo dire che ormai da anni si consuma nei confronti della nostra città una progressiva riduzione dell'offerta sanitaria. Basta pensare alle strutture che fino a poco tempo fa erano operative nel territorio anconetano, mi viene in mente l'Umberto I, il Lancisi, i poliambulatori del Viale della Vittoria e il Salesi. Per questo, attualmente la città sta vivendo una condizione di stallo dovuta anche alle attività che l'ospedale di Torrette, di alta specializzazione, svolge sia per tutta la regione che per i cittadini in alcuni casi di regioni limitrofe. E anche alle esigenze di cura che la città di Ancona manifesta. Quindi riteniamo che sia importante superare tale condizione di stallo, trovando soluzioni innovative che siano efficienti, testimoni di alta professionalità con lo scopo di porre il cittadino al centro di un sistema sanitario che soddisfi le richieste di cura dei cittadini anconetani.

Il documento che proponiamo, è un documento che va ad individuare un modello efficiente di cura per il cittadino grazie all'interazione di medici di famiglia e medici ospedalieri. La nostra proposta riguarda l'istituzione delle Case della salute che potrebbero dare una serie di risposte importanti a partire dall'istituire un riferimento sanitario efficiente, misurato alle reali necessità della città di Ancona, ad aumentare il già consolidato rapporto fiduciario tra medico di famiglia e malato, ridurre le liste di attesa per gli esami diagnostici che potrebbero essere erogati direttamente dalla Casa della salute. Limitare gli accessi impropri al pronto soccorso di Torrette – penso ad esempio ai codici bianchi – e dare un'assistenza continua al paziente.

Scendo nel dettaglio della mozione. Diciamo che il passaggio principale è quello di aprire un tavolo di confronto con la Regione Marche per ridiscutere i protocolli sanitari del 2006. Tali protocolli non risultano più adeguati alle reali esigenze della città, in quanto definiti ormai sette anni fa. Penso che questa situazione di stallo deve essere sanata, magari istituendo da subito la Casa della salute.

Vado direttamente a leggere la parte del documento che impegna il Sindaco e la Giunta. "Il Consiglio comunale impegna il Sindaco e la Giunta:

a prendere subito accordi con la Regione Marche per integrare i succitati protocolli d'intesa del 2006 mirati alla valorizzazione del patrimonio immobiliare regionale;

a prevedere nella futura stesura dei protocolli d'intesa l'attuazione del seguente progetto che prevede la razionalizzazione all'interno di un percorso sanitario delle strutture in essere, la realizzazione di un progetto pilota "Casa della salute" che comporta l'erogazione in uno spazio fisico dell'insieme delle prestazioni sociosanitarie favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie e deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie, in accordo con quanto contenuto nella delibera della Giunta regionale Marche n. 47/2013;

garantire qualità e tutela di presa in carico dei cittadini assistiti dai medici di famiglia che afferiscono alla struttura nei percorsi diagnostico, terapeutico assistenziali erogati secondo i bisogni di cura, razionalizzando le risorse economiche;

allargare il rapporto di fiducia già esistente con il proprio medico di famiglia agli altri medici coinvolti, in quanto figure di riferimento stabili che operano in collaborazione condividendo protocolli, linee guida e percorsi;

rafforzare l'integrazione con l'ospedale;

migliorare i processi diagnostico-terapeutici e facilitare il percorso dei medici di famiglia, specialista, ospedale, con la conseguenza di limitare gli accessi impropri al pronto soccorso di Torrette e ricoveri impropri in strutture ospedaliere;

ridurre le liste di attesa e garantendo l'equità degli accessi, avendo a disposizione in un unico accesso un'ampia gamma di prestazioni, pur restando nell'area dell'assistenza primaria;

realizzazione della stessa in una struttura con caratteristiche logistico organizzative adeguate e subito utilizzabili in grado di fornire livelli di qualità appropriati e sostenibili;

realizzazione presso i padiglioni ex Umberto I di una residenza protetta e di una RSA e del trasferimento degli ambulatori di Viale della Vittoria per una eventuale rimodulazione degli stessi, basando sull'analisi dei bisogni e sul principio di flessibilità e versatilità della struttura, al fine di ridurre la mobilità passiva collegata alla mancanza di disponibilità di tali strutture nel nostro territorio, ridurre i costi collegati ad una ospedalizzazione prolungata dei pazienti, abbattimento dei costi socioeconomici;

proporre un profilo di cura indispensabile per la nostra popolazione tra le più longeve d'Italia;

realizzazione di un hospice in grado di assistere le persone in fase pre-terminale e terminale secondo quanto stabilito dalla legge n. 38/2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) da realizzare in spazi idonei ed erogare tale servizio considerando come determinante in tale percorso la presenza e l'azione dei medici di Medicina Generale". Grazie.

(Alle ore 16,40 entrano gli assessori Marasca e Simonella)

PRESIDENTE. Grazie consigliere Vichi.

Abbiamo quindi concluso l'illustrazione degli argomenti all'ordine del giorno. Come convenuto in capigruppo, darò la parola ai capigruppo, o chi per loro me lo chiedesse, prima di passare agli invitati. Consigliere Berardinelli. Prego, consigliere.

CONSIGLIERE BERARDINELLI (Pdl). Prima dell'intervento, volevo capire se posso anche illustrare gli emendamenti che ho presentato.

PRESIDENTE. Come ritiene. Prego. Se li vuole illustrare, li può illustrare, prego.

CONSIGLIERE BERARDINELLI (Pdl). Ringrazio i gentili ospiti, l'assessore, i dirigenti della Sanità regionale. Devo dire che questa è la seconda occasione per il Consiglio comunale di Ancona negli ultimi anni di avere i vertici della Sanità regionale ospiti del nostro Consiglio comunale.

Devo dire che purtroppo la prima occasione è stata un'occasione persa, perché da quell'incontro non è sorto qualcosa di concreto per i cittadini anconetani. Però mi auguro che invece da questo secondo incontro ci sia la possibilità di poi arrivare a delle scelte concrete che i cittadini di Ancona, attraverso il Consiglio comunale, rivendicano nei confronti della Regione stessa.

Devo dire, Presidente, che quando lei ha illustrato il documento, diceva il documento unitario. Non credo che sia unitario, a meno che non ci sia, in occasione della votazione degli emendamenti, un voto a favore, perché alcune perplessità sul documento che è stato presentato, in effetti ce le abbiamo. Adesso io vado ad illustrare un po' quella che è anche la storia di questo documento.

Ricordo che all'inizio, in una Conferenza dei capigruppo era stato deciso che le Commissioni, la Commissione sanità avrebbe esaminato e auditato in Commissione tutti i vari responsabili, gli esperti, le associazioni del Settore sanità per stendere un documento. Poi in effetti c'è stato un passo indietro da parte del Partito Democratico, che ha proposto un suo documento. Questo documento, viste le proteste degli altri

gruppi, è stato poi in parte elaborato ed è stato in parte modificato, però siamo arrivati ad una composizione del documento che non era quello che speravamo all'inizio.

Faccio un esempio concreto. Un ex consigliere comunale del Partito Democratico che è molto esperto nel settore specifico degli anziani, è un tecnico molto apprezzato ad Ancona, e non solo ad Ancona, non è stato possibile audirlo in Commissione. Massimo Mengani, secondo me, era una risorsa che sarebbe potuta essere messa a disposizione di tutto il Comune, ma anche in questo caso della Regione. Ed è stato, secondo me, un peccato.

L'altra considerazione che devo fare, io ho ricontrollato il titolo, e vedo "Progetto di riordino del sistema salute nella città di Ancona", non credo che ci si dovesse fermare alla sanità pubblica, perché non c'è scritto da nessuna parte che si parlava soltanto di sanità pubblica. E devo sottolineare che alcune differenze, alcune divisioni all'interno anche della maggioranza, quando si è trattato di affrontare il tema di *Villa Igea*, purtroppo erano sorte. Perciò credo che sia stato eliminato quel capitolo da parte del documento, perché non c'era una unità di intenti. Lo dico per fare chiarezza, perché secondo me era molto importante, invece, capire che ruolo avrebbe potuto avere, e potrà avere, una struttura comunque importante per la città di Ancona all'interno del sistema salute nella nostra città.

La nostra città io credo che sia un caso sicuramente unico in Italia, probabilmente anche nel resto dei Paesi sviluppati è una città che in trent'anni, per motivi anche dovuti a degli eventi che non sono controllabili dall'uomo, ma per scelte politiche per la maggior parte, ha perso l'ospedale cardiologico a causa della frana del 1982, ha visto lo smembramento del Lancisi, che è un immobile ancora abbandonato a se stesso su cui ancora non si è fatta nessuna scelta sulla destinazione d'uso, ha perso l'Umberto I che ha contribuito con 65 milioni di euro circa a rimpinguare le casse della Regione, è in procinto di perdere il Salesi e l'INRCA.

L'INRCA che, ricordo una conferenza stampa del Presidente Spacca il 27 novembre 2012, si sarebbe dovuto realizzare in circa settecentocinquanta giorni nella zona vicino all'*Ikea*, una zona dove ancora pascolano le pecore e dove ancora non è stata neanche gettata la prima pietra, ma neanche fatto il primo scavo. Per cui, siamo abbastanza in ritardo. Non voglio trarre nel merito, perché probabilmente le cause, come dicevo prima, anche in questo caso sono state indipendenti dalla politica. Forse è stato fatto qualche errore, visto che c'è stato un ricorso e qualcuno l'ha vinto, perciò i ritardi hanno fatto slittare l'inizio dei lavori di questa struttura.

Per quello che riguarda il Salesi, io devo dire che mi fa piacere la presenza di tanto pubblico oggi qui del Salesi. Ricordavo alle patronesse che io faccio questa battaglia per il Salesi dal 1994 praticamente, già allora c'era la voce che girava, il Sindaco a quel tempo era il Sindaco Galeazzi, che la struttura era inadeguata per poter portare avanti il progetto di assistenza dei bambini. Sono passati vent'anni e forse siamo arrivati al punto che, anno dopo anno, finalmente è diventata realmente inadeguata questa struttura. Però io credo che in realtà fin dall'inizio ci fosse molta più attenzione per il valore dell'immobile, che è un immobile a picco sul mare in una delle zone più belle di Ancona e sulla possibile vendita, sulla plusvalenza che possa derivare dalla vendita di quell'immobile, che dell'attenzione alle cure, all'assistenza dei bambini. E questo mi preoccupa molto, perché anche collegato alle ultime dichiarazioni che ho letto sui giornali in cui si parla non dico di uno spezzettamento, perché magari non è proprio uno spezzettamento, ma comunque di un trasferimento a blocchi all'interno dell'ospedale di Torrette, io direi che siamo partiti veramente con il piede sbagliato.

Sappiamo tutti, tutti gli studi lo dicono che è importantissimo per un ospedale pediatrico che ci sia una unità nella struttura, per cui io credo che sia molto più importante, lo dirò anche in un emendamento che mi auguro venga votato dal Consiglio comunale, che sia prioritario costruire la nuova struttura per Torrette, all'interno della zona di Torrette

prima di pensare allo svuotamento del Salesi in Via Corridoni e alla vendita dell'immobile stesso.

Lo stesso mi fa piacere, lo ricordava Bona Finocchi, credo che i miei interventi sulla stampa siano serviti almeno a questo, cioè a far prendere coscienza a più persone di quelle che lo sapevano fino a poco tempo fa, che il Salesi non è stato costruito con i soldi della Regione, il Salesi non è stato costruito grazie ad una legge nazionale sul terremoto, non è stato costruito grazie ad una Finanziaria. Il Salesi è stato costruito con i lasciti e le donazioni delle famiglie anconetane. Io credo che questo debba essere centrale non solo per pensare a dove trasferire il Salesi, ma anche perché all'interno del bilancio della Regione stessa sia data priorità nello spendere questi soldi che potrebbero essere incassati dalla vendita dell'immobile per la sanità degli anconetani. Io, assessore, questo glielo chiedo, di avere un occhio di riguardo importante per destinare questi fondi agli anconetani, perché al di là dei macchinari che verranno trasferiti, al di là del valore dei muri che probabilmente saranno abbattuti, il vero valore è la posizione dell'immobile, e quella posizione dell'immobile è patrimonio dei cittadini di Ancona. Su questo non ho dubbi.

Dicevo, il Salesi vede nel corso degli anni una progressiva difficoltà, perché in effetti per certe specialità i bambini sono costretti a fare avanti e indietro con Torrette. Perciò io credo che sia sicuramente un'emergenza. Mi aspettavo che, visto che sono ormai anni che si parla di questo trasferimento nella zona di Torrette, fosse una priorità anche per la Regione, cosa che non è stata. E ricordando anche come sono stati spesi i soldi ultimamente, mi dispiace, ma io penso che si parla, non faccio il consigliere regionale, perciò non ho i dati certi, ma si parla di oltre 3 milioni di euro per costruire degli immobili a Fabriano per ospitare gli uffici della Sanità provinciale, costringendo tra l'altro i dipendenti delle zone di Jesi, di Ancona, di Falconara a fare avanti e indietro ogni giorno con Fabriano. Per esempio, quei soldi mi sarebbe piaciuto, al di là chiaramente della definizione diversa di Ausl e di Azienda ospedaliera, mi sarebbe piaciuto che la Regione avesse deciso di spenderli per una priorità assoluta come quella della costruzione del nuovo ospedaletto, perché l'abbiamo sempre chiamato qui ad Ancona l'ospedale pediatrico, e io credo che l'ospedaletto debba essere al centro dei pensieri anche della Regione stessa.

Altre scelte ci hanno visto un po' in difficoltà qui in città. Ho visto, ho assistito al dimensionamento per esempio all'interno della struttura dell'INRCA, del centro della chirurgia del piede, così come ho visto che con una determina dirigenziale, credo, si pensi di poter declassare, ho usato il termine sbagliato, anche per quella della chirurgia del piede si parla di un declassamento, io credo che siano – in quest'ultimo caso parlavo della diabetologia pediatrica – credo che sia un rischio non solo per la sanità, ma un rischio per la città. Io so, per esempio, che queste strutture hanno una forte mobilità attiva, ricordava il collega Vichi prima la mobilità passiva che è un costo per le casse della Regione, la mobilità attiva invece è una risorsa, sono dei soldi freschi che entrano e che possono essere reinvestiti nella sanità di tutti i cittadini marchigiani, anconetani in particolare. E non solo, ma lo dico anche al Sindaco, questa è un'occasione anche per vedere un piccolo – anche se è brutto parlarne, ma è così – un piccolo incremento del volume d'affari nelle attività commerciali della città, negli alberghi, nei ristoranti per i pazienti che vengono poi assistiti dai parenti. Per cui, su questo io credo che bisognerebbe fare una grossa riflessione. In alcuni casi si parla di una legge votata nel 2009, andata a regime, anzi, forse non ancora del tutto andata a regime, per cui credo che anche su questo vada fatto un riferimento serio.

Un altro aspetto che riguarda l'ospedale di Torrette, perciò direttamente i cittadini di Ancona, visto che, come è stato sottolineato anche nel documento presentato in precedenza, si sta facendo una battaglia anche per far tornare un po' indietro sulla decisione di spostare gli interventi di chirurgia di minore complessità fuori

dall'ospedale di Torrette, perciò di trasferirli nell'ospedale di Jesi, piuttosto che Osimo o Fabriano. In questo caso, siccome noi continuiamo a considerare l'ospedale di Torrette, come credo è giusto che sia, l'ospedale degli anconetani, siamo molto preoccupati anche del livello per esempio della fornitura dei pasti all'interno dell'ospedale. Io ho sentito moltissime lamentele da parte dei pazienti ricoverati, dei degenti, perché purtroppo il cibo che arriva, mi dicono neanche quotidianamente, ma sembra un paio di volte alla settimana, cucinati in un'altra regione, arrivano che vengono riscaldati al microonde, mi dicono, all'interno del nostro ospedale. Se penso che fino a poco tempo fa i cuochi degli ospedali, dei nostri ospedali erano considerati dei professionisti ai massimi livelli, tant'è vero che erano anche ricercati dalle strutture private, dai ristoranti privati che cercavano di blandirli con offerte per farli andare a lavorare con loro, per la qualità del cibo e per la loro abilità, credo che sia veramente uno di quegli aspetti su cui bisognerebbe porre attenzione. Anche su questo ho presentato un emendamento, perché secondo me andrebbe ripensata proprio la tipologia delle gare per questo tipo di servizio.

Abbiamo parlato del Poliambulatorio. Assessore, qui se noi ci fossimo fidati, come Comune di Ancona, delle promesse della Regione qualche anno fa, avremmo già liberato i locali del Poliambulatorio, avremmo venduto i locali, la Regione avrebbe incassato qualche cosa, ma i cittadini di Ancona non avrebbero avuto nulla in cambio. Per fortuna, grazie alle battaglie dell'opposizione, ma coadiuvati anche da qualche mente illuminata della maggioranza, siamo riusciti a fare una battaglia trasversale per impedire che questo avvenisse, prima che la struttura posizionate, teoricamente posizionate, perché non si sa neanche se verrà mai realizzata, a questo punto devo dire la verità, ho i miei dubbi, dicevo, posizionate all'interno dell'area dell'ex Umberto I venisse realizzata. Io credo che questo è un altro degli esempi per cui è giusto che i cittadini di Ancona siano abbastanza diffidenti su quello che si sta facendo.

Io su questo purtroppo credo che dovremmo fare la massima attenzione, sia per quello che riguarda il Salesi, come dicevo prima, sia per quello che riguarda l'INRCA. Io penso che bisognerà iniziare lo sgombero, ho letto dichiarazioni sui giornali che il Salesi dovrebbe essere sgomberato entro dicembre, io penso che sia un po' azzardata questa affermazione. Io credo che debba essere pronto, dovrebbe essere pronta una struttura a Torrette adeguata a quella tipologia di pazienti, dei piccoli pazienti che dovrebbe andare ad ospitare, e solo a quel punto possiamo iniziare a pensare al trasferimento delle attrezzature dei pazienti e dei medici dal Salesi verso Torrette.

Presidente, io ho presentato sei emendamenti, a parte che sono brevissimi, ma voglio solo riassumere uno per uno i temi, poi eventualmente se volete, li possiamo affrontare.

Il primo, come dicevo prima, è di chiedere che ci sia, sia rivista la decisione da parte del Consiglio regionale in merito agli interventi di chirurgia di minore intensità che non saranno effettuati all'interno dell'ospedale di Torrette.

Il secondo, perché ho sentito che è una cosa ormai per fortuna – come dicevo prima – che è entrata nel vocabolario e nella coscienza di ognuno, però io credo che sia giusto scrivere, quando si parla del Salesi, riguardo la struttura ospedaliera Salesi che, ricordiamo, è nata grazie alle donazioni e ai lasciti delle famiglie anconetane e che nel 1900 ha rappresentato una geniale intuizione a livello nazionale, ricordiamo che, io credo che questa premessa sia obbligatoria, perché anche i vertici regionali siano coscienti di questo. Probabilmente qualcuno neanche lo sapeva.

Un altro emendamento riguarda sempre il Salesi, cioè che il trasferimento “solo dopo la realizzazione della struttura pediatrica autonoma sarà possibile procedere all'abbandono della sede storica di Via Corridoni”.

Poi un altro argomento che non è stato toccato, se non nella parte finale, nelle conclusioni, ma che secondo me merita una riflessione anche nel documento vero e

proprio, è quello degli anziani. Questa è stata l'occasione persa che dicevo prima all'interno del Consiglio comunale di qualche anno fa.

PRESIDENTE. È l'emendamento n. 4.

CONSIGLIERE BERARDINELLI (Pdl). L'emendamento n. 4, sì. Dicevo, sugli anziani è stata l'occasione persa nell'altro Consiglio comunale. Io chiesi all'assessore a quel tempo se aveva fatto uno studio sull'andamento, l'innalzamento dell'età dei cittadini anconetani, se aveva fatto una richiesta alla Regione per capire in un arco di tempo medio-lungo, cinque, dieci, vent'anni, che tipo di esigenze ci sarebbero state per la popolazione anconetana, per i cittadini di Ancona. Lei mi rispose: no, non l'abbiamo fatto questo studio. Siccome è una delle poche competenze reali di welfare del Comune, mi sembra che sia stata veramente un'occasione persa.

Il punto n. 6, come premessa, dicevo, nel documento: "in considerazione dell'età media in costante crescita, va definito per la città di Ancona un piano pluriennale per l'assistenza e la cura e la degenza della popolazione anziana anconetana costretta in questi anni, e lo sarà sempre di più in futuro, a rivolgersi a strutture, case di riposo e residenze protette, fuori dal nostro territorio comunale con enormi disagi per l'assistenza e la cura, oltre alle visite dei familiari costretti a lunghi e costosi spostamenti, oltre – e questo è un altro aspetto che devo dire con rammarico non conoscevano i miei colleghi, ma è un aspetto importante – oltre alla perdita della residenza nel nostro Comune", perché chi si trasferisce per due anni ad Osimo, chi si trasferisce per due anni a Camerano, perde la residenza nel Comune di appartenenza, e questo porta alla perdita per esempio dell'alloggio popolare, se uno ne è titolare, o porta al pagamento dell'Imu come seconda casa, se uno è titolare, proprietario di un immobile, perché la residenza non è più nel Comune. Purtroppo noi non abbiamo previsto agevolazioni in questo caso, per cui è un disagio molto grosso, soprattutto per le popolazioni anziane e per le persone sole.

L'emendamento n. 5, inserire a pagina 8: "evitando ad esempio che determine dirigenziali possano vanificare le attuali leggi regionali oggi in vigore". È il riferimento che facevo prima, dottor Galassi, a quella determina sulla diabetologia pediatrica.

L'ultimo emendamento sulle considerazioni finali, io aggiungerei un nuovo punto che riguarda le mense, cioè: "vanno rivisti i criteri con cui viene predisposto il servizio mense all'interno – manca una parola – la gara per il servizio mensa all'interno degli ospedali di Torrette e Salesi per evitare che i cibi precotti provenienti da altre regioni e consegnati con cadenza neanche quotidiana, siano il sistema alimentare di malati e degenti".

Concludo auspicando che il dibattito possa essere proficuo e concreto. Ringrazio ancora i partecipanti e mi auguro che possano dare qualche risposta e possano venire incontro a quelle che sono esigenze che io ho illustrato, ma che sono esigenze che mi sono state sottoposte dai cittadini di Ancona, a cui io credo sia giusto dare una risposta. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie consigliere.

Dopo il suo intervento, emendamenti inclusi, la parola al consigliere Crispiani.

CONSIGLIERE CRISPIANI (Sel). Sull'ordine dei lavori. Grazie Presidente. Per unanime dichiarazione di tutti i gruppi in sede di Conferenza dei capigruppo, questo Consiglio comunale ha un interesse politico consistente a che si giunga al voto di un documento unitario che coinvolga il voto di tutti i gruppi.

Ora, io le chiedo, dopo aver ascoltato e aver visto gli emendamenti presentati dal consigliere, collega Berardinelli, se ci sono altri emendamenti, mi rimetto a lei sulla necessità o sulla possibilità di verificare se gli emendamenti possano essere accolti

all'interno del documento unitario. Ovviamente tutto ciò, e anche qui mi rimetto a lei, avendo una organizzazione del nostro dibattito che dia agli ospiti l'ovvio spazio che meritano. Grazie.

PRESIDENTE. Per chiarezza, faccio presente che non ho altri emendamenti. In ragione comunque della sua richiesta, prendo in considerazione questo suggerimento molto attentamente, per cui proseguirei a questo punto con le richieste, poi al termine degli interventi possiamo valutare anche il da farsi.

Il consigliere Polenta ha chiesto la parola, ne ha facoltà. Prego, consigliere.

CONSIGLIERE POLENTA (Verdi). Grazie Presidente. Mi presento, sono Polenta Michele, consigliere dei Verdi, capogruppo dei Verdi in Consiglio. Faccio un ringraziamento, un saluto agli esponenti della Regione, all'assessore Mezzolani e a tutti i presenti.

Innanzitutto tengo a sottolineare come il documento che è stato presentato poc'anzi dai miei colleghi, è stato frutto di un impegno prolungato e comune a tutti i consiglieri comunali, sia di maggioranza che di buona parte della minoranza che, come capita raramente, si sono coesi di fronte ad un tema di massima importanza come quello della sanità pubblica, dove il Comune di Ancona, in qualità di capoluogo di regione, deve essere tassativamente protagonista nell'ispirare le scelte future più idonee che dovranno essere intraprese dal governo regionale.

Quello che emerge, è che i trasferimenti a suo tempo effettuati dell'Umberto I dell'oncologico e del cardiologico, sono stati mal digeriti dagli abitanti del centro storico, da buona parte dei medici di Medicina Generale vedendosi ridurre il riferimento ospedaliero per le prestazioni minime.

Ricordo che i piani sanitari successivi alla riforma sanitaria nel 2000, che hanno una durata triennale, tendono ad incrementare l'assistenza territoriale e ad ottimizzare il numero dei posti letto negli ospedali. Noi del gruppo dei Verdi sosteniamo in maniera convinta questa tendenza, che rispecchia in pieno le parole espresse dalla fondatrice dell'infermieristica moderna, che centoventicinque anni fa scrisse che la missione delle cure infermieristiche in definitiva è di curare il malato a casa sua, intravedendo la sparizione di ospedali e Case di riposo.

Tornando ai nostri tempi, considerando il probabile trasferimento degli ospedali INRCA e Salesi, crediamo opportuno chiarire sin da subito quali saranno le loro funzioni, le modalità ed i tempi di attuazione di tali trasferimenti. Riguardo all'INRCA va chiarito a quali funzioni debba assolvere, in particolare se possa dare anche risposte all'assistenza ospedaliera di minor importanza ai cittadini, anche se il nostro pensiero, pur consapevoli che l'ottimizzazione del numero dei posti letto tende al rispetto di principi di efficienza ed efficacia, nello specifico è essenziale che l'INRCA mantenga tutte le funzioni proprie di assistenza per gli anziani, vista la domanda in continuo aumento.

In riferimento al Salesi, il protocollo d'intesa del 2006 ha stabilito la nuova ubicazione all'interno dell'area ospedaliera di Torrette, cosa che oggi sembra essere di imminente realizzazione. Vorremmo la certezza che vengano garantiti spazi a riguardo in una struttura autonoma e indipendente, e personale sufficiente. Auspichiamo un corretto funzionamento dello stesso già da oggi, garantendo tutte le azioni necessarie ad assicurare quelle condizioni che consentono di operare nella massima sicurezza e professionalità possibile, evitando la commistione con gli adulti sia per il ricovero che per il pronto soccorso, in modo da far sentire i piccoli pazienti il meno possibile ospedalizzati. Voglio ricordare che il Salesi è una struttura di alta specializzazione, la cui tradizione non solo è patrimonio cittadino, ma anche della regione e di tutto il centro Italia.

Per quanto concerne l'assistenza territoriale, occorre programmare cure primarie e servizi territoriali in un contesto coerente alla riorganizzazione della rete ospedaliera e all'offerta residenziale riabilitativa. Ne consegue, quindi, la necessità di incentivare l'impresa, anche privata, volta ad incrementare i servizi sociosanitari rivolti alla cittadinanza. Quindi la necessità di incoraggiare il trasferimento di informazioni e il lavoro in team di professionisti che dovranno lavorare nella cosiddetta Casa della salute proposta da questa maggioranza, con i dottori che lavorano negli ospedali con relativa condivisione dei protocolli assistenziali, clinico terapeutici e riabilitativi.

Proponiamo alla Regione – e questa è una cosa un po' nuova e al di fuori del documento che ci sentiamo di proporre – proponiamo alla Regione di valutare la possibilità di promuovere un progetto sperimentale, che può essere anche affiancato eventualmente alla Casa della salute, nel comune di Ancona come bacino di maggiore utenza, sull'utilizzo di una figura che può essere chiamata l'infermiere di famiglia che possa intervenire come primo intervento per i pazienti a domicilio, riducendo allo stesso tempo la presenza presso i pronto soccorsi dei plessi ospedalieri per ridurre i costi della sanità con una verifica, dopo un periodo congruo, dei risultati ottenuti in termini di costi/benefici, efficienza, efficacia, e se può essere utile per riqualificare il sistema senza la necessità di continue revisioni al ribasso del budget sul capitolo sanità.

Concludo. Non riteniamo utile un ulteriore ospedale cittadino, ma altresì riteniamo fondamentale offrire servizi territoriali nei tempi utili richiesti dalla situazione di emergenza e urgenza. Qualora ciò non risulti possibile, riterremo assolutamente prioritario dislocare sul territorio ulteriori punti di intervento. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, consigliere Polenta.

A seguire, il consigliere Fazzini. Prego, ne ha facoltà.

CONSIGLIERE FAZZINI (Ancona 2020). Grazie Presidente. Ringrazio l'assessore, i vertici dirigenziali per la loro presenza, per il loro ascolto. Quello che emerge dal documento della Commissione, che la Commissione ha votato all'unanimità, è proprio una ricerca e una voluta partecipazione, una voluta democrazia nel confronto e nel far sì che il documento sia il più possibile aderente a quelle che sono le esigenze della base, che sia il più possibile specchiato su quelle che sono le esigenze dei cittadini della città di Ancona. Questo è stato l'obiettivo che ha condotto alla formulazione di questo documento, dal quale emerge prettamente la presenza di uno svuotamento di servizi e funzioni sanitarie per quanto riguarda la bassa e la media complessità di cura.

Questo è un problema, perché un sistema della salute che sia valido ed efficace, deve poter erogare le cure sanitarie in modo equo ed omogeneo dal centro alla periferia, dal network ospedaliero alle strutture territoriali. La fruibilità delle cure deve essere continua, con una continuità di interazione tra ospedale centrale di riferimento, cosiddetto "hub", e i presidi unici di Area Vasta, cosiddetti "spoke". Con la stessa modalità si devono interfacciare il network ospedaliero nelle cure territoriali ospedaliere, tra le quali emergono le residenze sanitarie assistite, anche se modulate secondo piani di cura specifici e differenziati, residenze protette di minor livello assistenziale per quanto riguarda le cure intermedie, e dalle Case della salute, ambito in cui l'integrazione tra medicina di servizi e medici di Medicina Generale trova la sua collocazione ideale per erogare al meglio le cure primarie.

Ora, per quanto riguarda alcuni aspetti che potrei sottolineare di questo documento, vorrei fare alcune considerazioni. Ancona tradizionalmente votata alla sanità, ha dovuto metabolizzare dapprima il processo di aggregazione dei propri ospedali nel presidio unico Ospedali Riuniti, e successivamente la sua acquisizione del ruolo di centro di riferimento regionale (hub) per l'alta specializzazione con l'oneroso obiettivo di attrarre mobilità attiva extra regionale e contenere nel contempo la mobilità passiva.

In questo sembra però evidenziarsi una dicotomia per i cittadini, una dicotomia tra privilegio e sacrificio, tra onori e privazioni. Se i cittadini di Ancona devono infatti ritenersi onorati di avere in casa un polo propulsivo di alta specializzazione, riconosciuto e percepito in ambito regionale come ospedale di riferimento che opera in sinergia con l'Università Politecnica delle Marche, requisiti necessari ad una città capoluogo di regione, se da un lato riconoscono il privilegio di avere in casa le migliori garanzie per le problematiche urgenti e per le problematiche di alta complessità e intensità di cura, dall'altro lato hanno perso di fatto un punto di riferimento certo per le esigenze di minore intensità di cura e per soddisfare le quali, sono realmente esposti al disagio di dover ricoverarsi in altri ospedali, anche in Comuni non limitrofi, come nel caso degli interventi di bassa e media chirurgia ad elezione.

La risposta sanitaria tesa a sanare questo squilibrio è rappresentata dal presidio unico di Area Vasta, ossia l'ospedale di rete. Di fatto, tuttavia un'area nevralgica di duecentocinquantamila abitanti dotata di infrastrutture, di servizi di rilievo sottoposta a notevole traffico commerciale e turistico, caratterizzata dall'elevato pendolarismo, si trova sprovvista di tale struttura. La risposta sanitaria sul territorio avviene attraverso una frammentazione di presidi ospedalieri, i quali nel loro insieme non possiedono i requisiti minimi di un ospedale di rete che possa garantire le funzioni di urgenza/emergenza di primo livello.

Eccellenza comunque è anche innovazione umanitaria e che si esplicita attraverso spazi e tempi di formazione dedicati e individualizzati. Esempio di eccellenza sanitaria, l'unità materna infantile Salesi, si è sempre distinta oltre che per l'elevata professionalità, anche per l'umanità e per l'attenzione al bambino, tanto da esercitare un notevole richiamo anche per le zone costiere adriatico meridionali e per l'entroterra del centro.

Se l'acquisizione di sistemi sofisticati di supporto tecnologico, le implementazioni dei processi formativi rappresentano garanzia di eccellenza, ciò deve procedere di pari passo all'umanizzazione dei percorsi di cura. L'utente in quanto soggetto e non oggetto di cura, protagonista attivo del processo decisionale del profilo assistenziale, unitamente alla famiglia deve essere riconosciuto nella piena dignità di persona malata. Quindi il tempo di accoglienza, pietra basilare dell'edificio ospedaliero, espresso nella razionalità empatica con lo staff sanitario, è a tutti gli effetti tempo di cura.

La qualità e la specificità del percorso di cura e la presenza di spazi dedicati e adeguati alle peculiarità rappresentano requisiti indispensabili per l'eccellenza. È auspicabile quindi che tali caratteristiche vadano mantenute anche dopo il suo, per quanto riguarda il Salesi, necessario ed improcrastinabile trasferimento nel presidio di Torrette. Improcrastinabile, in quanto le situazioni in cui verte la struttura attuale, lo rendono veramente non adeguato a quelle che sono le necessità moderne di cura.

Una peculiarità delle strutture di lungodegenza, delle strutture extra ospedaliere, è il loro legame sul territorio. Sotto questo punto di vista, Ancona è priva di un hospice per le cure di fine vita ed è priva di una residenza sanitaria assistita. Questa sicuramente è una lacuna rilevante, basti pensare al progressivo aumento dell'età media, in questo Ancona ha un primato nei confronti della media statistica regionale. Basti pensare all'incremento delle persone anziane, e non, che si trovano in condizioni di fragilità a causa di malattie croniche ed invalidanti o progressivamente evolutive. Basti pensare al crescente disagio sociale di persone, le quali necessitano di assistenza e si trovano prive di un supporto familiare adeguato.

Il secolarismo ed il capitalismo hanno costruito il tabù dell'improduttività. Chi non produce ricchezza è un peso sociale e la fragilità è un limite. Avere un hospice e l'RSA basati sul modello etico, è un'esigenza comune. È bene dare sostegno alle persone che da sole affrontano un momento della vita di profonda sofferenza, è bene offrire solidarietà alle famiglie che attraversano situazioni di grave difficoltà. Occorre quindi

un'inversione di tendenza. Dalla fuga all'abbraccio del dolore, ricchezza spirituale per chi è in grado di avvicinarsi con profondo rispetto e dignità. È bene che le cure di ciò che è incurabile, vengano garantite. Ma sarebbe giusto costituire un polo aggregativo di partecipazione civile, di volontariato che possa avvicinarsi ed attingere ricchezza da chi può esprimere il valore della vita dall'angolo visuale del suo limite.

Va sottolineato inoltre che un modello gestionale efficace e flessibile dei ricoveri ospedalieri di lungodegenza e di ricoveri nelle strutture residenziali assistite è garanzia di buona sanità anche per gli ospedali hub e spoke, i quali hanno il problema del contenimento dei costi relativamente alle giornate di degenza e dei posti letto per acuzie e di disporre quindi di un turnover maggiore. Pertanto va garantito lo spazio assistenziale adeguato post ricovero, cosiddetto "cuscinetto", per le persone che non sono ancora gestibili a domicilio.

Un'altra funzione di base di cui la nostra città è sprovvista, è la Casa della salute. Mettere a sistema le curie primarie centralizzando le risorse, potenziando le professionalità esistenti, dotandole di servizi e di mezzi, di strumenti di diagnosi e cura, grazie all'integrazione della medicina di servizio e dei medici di Medicina Generale rappresenta una prerogativa essenziale. Un progetto pilota di Casa della salute per le cure primarie rappresenta una sfida sulla direttiva dell'ottimizzazione e razionalizzazione delle cure attraverso una cerniera con la rete ospedaliera, che parte dal territorio.

Quindi se è vero, per concludere, che esiste una visione organica, una progettualità definita a colmare le lacune del sistema sanitario della città di Ancona, se è vero che occorre gestire la fase di transizione, chiediamo che tale fase sia più breve e indolore possibile e che sia fatta chiarezza e che ci sia partecipazione alla progettazione e trasparenza sulle modalità di realizzazione di opere già finanziate. Mi riferisco alla costruzione di una RSA per l'Umberto I, mi riferisco alla costruzione di un futuro Salesi all'interno dell'area Ospedali Riuniti, mi riferisco alla costruzione dell'ospedale di rete, nuovo INRCA, e quindi di realizzare le opere già finanziate che la nostra realtà sanitaria merita. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie consigliere Fazzini.

Prego.

CONSIGLIERE QUATTRINI (M5s). Rubo proprio un secondo, solo per puntualizzare. Siccome sento da più parti parlare di documento unitario, leggo sui giornali documento unitario, il nostro rappresentante del Movimento 5 Stelle in Commissione si è astenuto, motivando che non lo riteneva un documento adeguatamente approfondito. Quindi soltanto per fare chiarezza su questo punto.

Sull'altro, quando il collega Crispiani ha parlato di "all'unanimità in Conferenza dei capigruppo della decisione", in realtà non c'era unanimità, perché io avevo chiesto che il documento venisse poi votato...

(Intervento fuori microfono)

Te lo spiego. Solo perché poi non c'eri, magari ti è stato riferito male. Io avevo fatto richiesta durante la Conferenza dei capigruppo di poter votare un documento unitario al Consiglio comunale successivo, in modo da poter apportare delle modifiche, una volta uditi gli illustri ospiti, perché preparare un documento, chiamare delle persone, invitare delle persone e poi comunque andare a votare questo documento senza tenere conto, era secondo me un po' un controsenso. Siccome per il monotematico sui rifiuti del 2011 abbiamo fatto in questo modo, cioè di votare al primo Consiglio utile successivo, e

quindi avevo chiesto, però non è stato accettato. Quelli soltanto per puntualizzare. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie.

Il consigliere del gruppo Pd, Loredana Pistelli. A seguire, il consigliere Stefano Tombolini del gruppo “Ancona Sessantacento”. Prego, consigliere Pistelli.

CONSIGLIERE PISTELLI (Pd). Io ritengo molto importante questo Consiglio comunale di oggi, in quanto affronta un tema che è fondamentale per la nostra città, ma non solo per la nostra città, anche perché l’elaborazione, la definizione, la discussione, il dibattito che c’è stato al nostro interno nella predisposizione di questo documento che, come qui viene detto, certamente ogni gruppo poteva avanzare una propria proposta su questo tema con la propria visione, con la propria analisi, ma si è cercato, si è voluto e si è lavorato, perché invece si potesse arrivare ad un documento più condiviso possibile. Poi la discussione, il dibattito è stato ampio, i confronti anche all’interno della Commissione, e la Commissione, ad eccezione – come ricordava adesso il consigliere Quattrini – dell’astensione del Movimento 5 Stelle, la Commissione l’ha votato all’unanimità questo documento.

Io penso che questo sia un punto di partenza, ho detto che ti sei astenuto, il resto della Commissione...

(Intervento fuori microfono)

È stata approvata con un’astensione. Va bene così?

Però penso che questo documento comunque diventi un punto importante, prioritario, perché fa l’analisi approfondita della situazione attuale della città di Ancona. E parto anche da un altro dato, dal quale non possiamo e non dobbiamo prescindere, che noi in questa fase molto delicata, il nostro Paese, della nostra regione a livello economico, le risorse sulla sanità sono sempre di meno. E questo comporta naturalmente una riorganizzazione dei servizi a tutti i livelli sul territorio e tutto quello che comporta. Però quello che noi abbiamo cercato di mettere in evidenza con questo nostro documento, seppur riteniamo necessaria una riorganizzazione dei servizi, questa riorganizzazione non deve andare verso un peggioramento della risorsa qualitativa e quantitativa dei bisogni delle persone, dei cittadini. Questa è una valutazione che abbiamo fatto. E quindi all’interno anche delle proposte che abbiamo avanzato, che avanziamo, teniamo conto anche di questo dato, e quindi teniamo conto anche delle risorse e teniamo anche conto che è possibile una riorganizzazione che possa comunque andare verso quell’obiettivo.

D’altra parte, ritengo anche importante che se tutto si dovesse ridurre in una questione di riduzione di strutture, di posti letto, se questi poi non vengono accompagnati da un investimento in attività operative, in servizi e in tecnologia, questo davvero porterebbe ad un impoverimento della sanità in generale.

Io quello che ritengo e che voglio dire, che il punto è che Ancona, della quale è sempre stato detto che era una città ricca di servizi sanitari, oggi constatiamo che questa ricchezza nel tempo è venuta meno. Se una volta veniva chiamata la “città bianca”, oggi non possiamo più dirlo. E c’è anche l’obiettività di guardare come questo è avvenuto nell’arco degli anni, nell’arco del periodo di riorganizzazioni che sono intervenute, nel quale non ci si è mai opposti aprioristicamente rispetto alle scelte. Abbiamo fatto sempre delle valutazioni, delle proposte che potessero comunque cogliere le esigenze della città nell’ambito, all’interno di una riorganizzazione complessiva.

A me sembra questo un dato fondamentale, perché dopo il protocollo del 2006 che la città ha stipulato con la Regione rispetto alle scelte fatte di trasferimento, sia per quanto

riguarda l'Umberto I, sia per quanto riguarda il Lancisi all'interno della struttura delle Torrette, che doveva comunque essere accompagnato da un'altra serie di attività e di interventi che dovevano essere fatti all'interno della città di Ancona che ancora oggi non sono stati realizzati.

Quindi quello che io ritengo importante, è che anche da questa discussione di oggi usciamo con chiarezza rispetto agli obiettivi, ai tempi e alle modalità come quelle indicazioni debbono e possono essere portate avanti, perché a mio avviso il problema che dobbiamo correttamente e attentamente valutare ed analizzare, che non vogliamo, rispetto a queste scelte, trovarci davanti a fatti compiuti, ma che vogliamo invece confrontarci sulle scelte che vengono fatte ed il modo come vengono realizzate. Pertanto io voglio entrare solamente su tre questioni fondamentali, nelle quali non voglio rimettere in discussione le scelte del passato, però rispetto al cambiamento anche dei tempi, delle esigenze, dei problemi che sono insorti durante questa fase, è necessario che noi lavoriamo su tre questioni fondamentali. Uno è il territorio, l'altro è l'ospedale, la terza, io dico fondamentale, è la prevenzione che è prioritaria e si antepone a tutto questo.

Dicevo, il territorio perché, secondo me, l'esigenza di potenziare i servizi a livello territoriale diventa una necessità, ed è un potenziamento di servizi a livello territoriale che porta anche ad una riduzione dei costi eventualmente per quanto riguarda la spesa ospedaliera. Penso, quindi, come questi servizi vanno integrati, io non riprendo tutte le cose che qui venivano illustrate, delle richieste per quanto riguarda l'assistenza territoriale, dalle cure primarie a quelle secondarie.

Un altro dato fondamentale che penso che su questo, invece, con la Regione dovremmo approfondire ulteriormente, e cercare che vengano date delle risposte certe, è quella dell'assistenza domiciliare. Credo che questo sia uno dei dati fondamentali, anche perché noi abbiamo una popolazione che invecchia e che ci sono sempre più patologie invalidanti e l'assistenza domiciliare diventa fondamentale per mantenere il paziente all'interno del nucleo familiare stesso. E questo naturalmente potenziare l'assistenza domiciliare, se da una parte comporta un costo, ma è una grossa riduzione di costi per la sanità, perché non c'è l'ospedalizzazione del paziente. Quindi questo credo che sia un dato molto importante. Prima Finocchi ricordava i numeri che la nostra città ha nel far fronte a questa esigenza, molto povere rispetto ad altre realtà molto più piccole di Ancona, e oltretutto all'esigenza che Ancona pone.

L'altra questione è quella della Casa della salute, che fino a pochi mesi fa la città ne era esclusa da qualsiasi possibilità, potenzialità di una realizzazione della Casa della salute. Oggi noi la rivendichiamo con forza, ma perché fa parte di quel pacchetto di servizi sul territorio. E perché vogliamo anche che naturalmente, anche se non abbiamo ospedali da riconvertire, come è previsto dal riordino regionale, però c'è la potenzialità, la possibilità di realizzare Case della salute che fa incontrare quell'esigenza del medico di famiglia con tutte le altre strutture, e che noi diciamo che anche qui, siccome sono previsti diversi livelli di Case della salute, noi diciamo che per la città, almeno quelle di media intensità, vanno individuate e non quelle a bassa intensità.

Come pure, a mio avviso, c'è tutta la partita che riguarda la prevenzione. Anche questo è un altro punto che va potenziato, perché se noi curiamo attentamente la prevenzione, significa che anche qui diamo delle risposte, in termini anche economici, al problema della salute e anche in termini economici alla spesa sanitaria, perché prevenire e curarsi naturalmente comporta anche qui meno ospedalizzazione.

Questi sono elementi fondamentali, quando parliamo di organizzazione della sanità per una città, che è una città capoluogo di regione e, come qui veniva ricordato, dove al centro ci sono tante funzioni, e del quale è una città che vuole essere a servizio del territorio, ma per essere a servizio del territorio bisogna che venga anche messo in condizione di esercitarlo questo servizio, altrimenti non saremo in grado di farlo e non

c'è la possibilità quindi di dare risposte concrete, adeguate a tutto quello che ci comporta essere una città con il porto, con un grande tasso di immigrazione come quello che ha la città, che ha due carceri. Come pure tutte le patologie sempre di più che ci sono per effetto di una economia moderna.

L'altro punto fondamentale che, a mio avviso, è anche qui necessario capire e stabilire, noi da sempre abbiamo detto, anche su questo è stato fatto un accordo, per quanto riguarda l'utilizzo dei padiglioni ex Umberto I, e quindi lo spostamento del Poliambulatorio dal Viale, con lo spostamento anche della RSA della Villa Almagià, quindi mantenere i posti che erano previsti, ma dare anche risposte concrete, immediate anche per quanto riguarda le prime esigenze dirette...

PRESIDENTE. Se mi volge a conclusione, consigliere, per cortesia.

CONSIGLIERE PISTELLI (Pd). Arrivo subito a conclusione, anche se gli altri hanno parlato più di me.

Sulle altre questioni che voglio porre l'accento, soprattutto sull'organizzazione anche ospedaliera. Noi abbiamo un problema che, ripeto, veniva ricordato, che è quello dell'ospedale di rete che Ancona non ha. E che per un accordo vecchio Ancona non ha, perché doveva comunque poter utilizzare sempre l'ospedale di Torrette, lo chiamo così per abbreviare, e perché naturalmente siamo onorati di avere nella nostra città un ospedale di alta specializzazione. Ma abbiamo in quell'ospedale anche un'Università e proprio la funzione del mantenimento dell'ospedale di riferimento è dovuto anche al fatto che c'è l'Università che è strettamente collegata anche alla formazione, alla diagnostica che riguarda l'Università. Io credo che questo va mantenuto, ed evitare quindi, lo chiamo così, questo turismo territoriale per quanto riguarda anche piccoli interventi. Io credo che Torrette può soddisfare anche questa esigenza dei cittadini anconetani.

L'altra questione, questa strettamente collegata all'INRCA, anche questo ospedale nazionale di ricerca che sta sul nostro territorio, che verrà anche questo spostato a Camerano, che dovrà servire tutta l'area anche dell'area sud. Io anche questo credo che c'è la necessità di una chiarezza rispetto all'INRCA, se questa struttura è un riferimento ancora per Ancona oppure no. E se è possibile, proprio perché la popolazione invecchia, mantenere un presidio anche al centro della città per quanto riguarda la lungodegenza. Questo sarebbe molto importante, perché darebbe delle risposte a gran parte della cittadinanza di Ancona.

Rispetto anche all'INRCA naturalmente capire se questo funziona. Funzionerà come ospedale anche di rete per la città di Ancona. Ma capire anche quali sono i tempi. Vorremmo anche capire meglio quali sono i tempi e quali sono le modalità, visto e considerato che indiscrezioni ci dicono che la struttura è più piccola di quella attuale, quindi vorremmo capire come può rispondere a tutte le esigenze, quella anconetana e quella degli altri. Oltretutto fare quel progetto di "Italia longeva", cioè una struttura che deve rispondere a più esigenze al suo interno ridimensionata. Vorrei capire anche su questo come si realizza, come viene fatta.

Ho lasciato per ultimo il Salesi, non perché meno importante, ma anzi perché lo ritengo un'istituzione per la città di Ancona, al quale siamo tutti molto legati, molto affezionati e che qui parecchi hanno ricordato come è nato questo ospedale, frutto di donazioni di famiglie anconetane, un ospedale che nel tempo ha acquisito sempre più caratteristiche di alta professionalità, al quale infatti si rivolgono non solo da Ancona, ma da tutta la regione e anche altri fuori regione.

Noi oggi conveniamo sulla precarietà della struttura, anche perché questa precarietà si è determinata anche per mancanza di interventi fatti nell'arco di questi ultimi anni. Io sono molto preoccupata dalle dichiarazioni che ho letto sulla stampa sullo spostamento

e sulla soluzione transitoria che si vuole dare al Salesi. A parte che io credo che tutti noi in Italia, quando parliamo di transitorietà, vuol dire permanenza. Quindi vorrei che questa transitorietà noi la definiamo bene rispetto al modo, alle modalità in cui viene fatta.

Io non credo e non ritengo giusto che questa transitorietà può vedere la frantumazione del Salesi all'interno dell'ospedale Torrette. Io penso che invece debbano essere mantenute le sue caratteristiche, la sua uniformità, la sua specialità e debba avere una struttura autonoma, un percorso autonomo non confuso con i pazienti adulti, sia per quanto riguarda i ricoveri, ma sia per quanto riguarda anche i pronto soccorso.

Io penso che questo è un dato fondamentale, anche rispetto ad una problematica che noi dobbiamo affrontare con tutto il dovuto rispetto, perché a questi piccoli pazienti deve essere garantito il massimo.

Io vorrei anche dire che, rispetto a questa situazione e a questo trasferimento immediato, come ci è stato prospettato, sulla base di emergenze, sulla base di emergenze nuove che dovremo anche capire quali sono, vorremmo che questa emergenza poi si traducesse in una realtà, in un confronto serrato con l'Amministrazione comunale, dove possiamo determinare noi insieme le modalità, i modi come questo debba avvenire, avendo tutte quelle caratteristiche, facendo mantenere tutte quelle caratteristiche che dicevo prima. E soprattutto dando anche la possibilità, la strumentazione necessaria in tecnologia, in personale necessaria che possa garantire quindi la specialità, la specializzazione di quel plesso ospedaliero, sapendo anche che naturalmente altre operazioni si stanno facendo in altri ospedali, come quello di Osimo rispetto al punto nascite, alla chiusura del punto nascite e che questo si riversa tutto sul Salesi, sul quale esprimiamo tutte le nostre perplessità.

Io voglio anche ricordare e dire che già Torrette ha già una struttura abbastanza complessa, dove non ci sono non pochi problemi di traffico e parcheggio, e dove un trasferimento fatto in questo modo, attualmente dobbiamo essere consapevoli che porterà ulteriori problemi di traffico e parcheggio. Quindi io vorrei su questo punto un approfondimento specifico prima di fare qualsiasi scelta. Un approfondimento che va fatto, va condiviso dall'Amministrazione, va condiviso dalla città, perché – come ricordavo, e termina – questo plesso ospedaliero è un ospedale anconetano nel vero senso della parola e, in quanto tale, vogliamo essere determinanti nel modo e nelle modalità come questo potrà essere realizzato in altro sito. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie.

Prego, consigliere Tombolini.

CONSIGLIERE TOMBOLINI (Sessantacento). Ricomincio dall'esposizione del documento, così qualcuno sviene. No. Vorrei approcciare il ragionamento in altro modo, perché ci siamo riferiti, ci riferiamo tutti, ai protocolli d'intesa. Protocolli d'intesa nel 2006, credo che l'assessore sia arrivato in Regione quattro anni dopo, per cui magari non li ha vissuti, e li raccolgo semplicemente nei concetti. Erano tre. Uno si chiamava Umberto I, una valorizzazione del patrimonio immobiliare e uno era relativo al Salesi. In tutti la finalità era quella, siccome sono accordi di amministrazione concertata tra un ente ed un altro ente, si diceva: se tu mi valorizzi degli immobili, io li vendo e quando li vendo, farò quello che scriviamo nei protocolli d'intesa, tra cui anche il Salesi, tra cui anche le strutture RSA all'interno dei padiglioni. Per cui, il vincolo è sempre quello: se io non vendo, non mi puoi chiamare. Non avrei naturalmente la forza contrattuale di poterlo fare. Ma sentivo l'altro giorno che Galassi su *Il Resto del Carlino* mi pare dicesse: faremo quattro piani del Salesi all'interno delle strutture esistenti. Credo che sia un ragionamento legittimo, perché se le risorse non ci sono, la struttura

nuova, il parchetto, l'asilo a Torrette aziendale, le mille cose che c'erano dentro i protocolli d'intesa non si riescono a fare.

Allora la domanda che mi faccio, e ragiono da cittadino più che da esperto di sanità, io credo che il primo protocollo era quello dell'Umberto I. La Regione, il sistema sanitario, l'Azienda sanitaria l'ha venduto in maniera profumata, perché è stato venduto a 67 milioni di euro. Forse qualcosa di più la città avrebbe meritato come investimenti sotto il profilo sanitario. Dire adesso: non riusciamo o non facciamo, quando soldi, tanti, nei momenti in cui si riuscivano ad incassare, ce ne sono stati, secondo me un po' di esame di coscienza, politico direi più che contabile, la politica, la Regione lo dovrebbe fare. E le spiego anche perché, assessore. Perché io sono un cittadino come tanti di Ancona, sto crescendo dei figli e noi ad Ancona ci chiamiamo dicendo: ci vediamo all'ex Umberto I. Ci incontriamo all'ex Tambroni. Ci vediamo tra un po' all'ex Poliambulatorio, all'ex INRCA, all'ex Salesi. E sono alcuni dei contenitori sanitari. Poi abbiamo l'ex Metro, l'ex Coppi, l'ex Fiat, noi siamo una città degli ex. Ho visto che c'era il presentatore della proposta "Ancona capoluogo di regione", nonché Presidente della Commissione sanitaria, io credo che questa dovrebbe essere una città che smette di essere la città degli ex. Quando parlo e penso all'INRCA come patrimonio della città, e poi mi viene detto: sì, lo spostiamo, ma lì cosa ci facciamo? Lei ha il Sindaco a fianco, magari visto che noi siamo anche capoluogo di regione, un'idea su cosa faremo all'INRCA, su cosa faremo al Salesi, su cosa vorremmo o avremmo dovuto fare al Lancisi, su cosa dobbiamo fare per il Tambroni che ha costruito l'INRCA, spendendo 8 milioni di euro e rimane un contenitore, Zuccatelli sempre ad un giornale ha detto: è messo talmente male che conviene buttarlo giù. Io penso che se fossi stato l'assessore regionale, l'avrei chiamato e gli avrei spiegato che ad una città come capoluogo di regione bisognerebbe dare una valorizzazione diversa.

Noi abbiamo bisogno di risposte in termini sanitari di alta qualità. Ma noi abbiamo bisogno anche di risolvere i problemi di base, di far vedere come Amministrazione che se uno ha una macchietta sulla pelle e se la vuole far vedere, non paga 160,00 euro e viene ricevuto il giorno dopo. Ma se la vuole far vedere a qualcuno in ospedale, deve aspettare dodici mesi. Oppure bisognerebbe mandare a tutte le persone a casa un bel vademecum, cosa devi fare se ti succede questo. Se ti schiacci il dito nel cassetto, non andare all'Umberto I, perché rischi la calcificazione ossea. Ti conviene che ti rechi a Loreto o in un altro posto. Se devi prenotare, chiama quello. Se vuoi una sanità davvero efficiente, fai come dice qualcuno qui dentro, mandiamo avanti la sanità privata, valorizziamo, ed è giusto che sia anche così sotto certi fili, valorizziamo Villa Igea in maniera tale che magari riusciamo ad avere risposte più efficienti.

Io, assessore, le dico la sintesi di tutto quello che è la sostanza di questo documento che bisognerebbe che lei, in qualità di Vicepresidente della Giunta, Assessore alla Sanità, e parlo anche al Presidente della Regione, desti un tantino più di attenzione ai problemi non di Ancona capoluogo di regione, centro dell'eccellenza delle qualità per tutto il territorio regionale, ma desti un po' di attenzione ai centomila poveri disgraziati che si trovano a vivere in questa città, che oramai è la città dell'ex. Per cui, la sottolineatura era questa, dire benissimo, il documento non vorrei che facesse la fine, la stessa fine dei protocolli d'intesa. Se poi, assessore, ne ha bisogno, io ho qui le tre copie, magari avrà modo di vederle e leggerle, ma sono il quaderno di quello che non si è fatto dal 2006 al 2014, e sono otto anni.

Per cui, noi oggi approveremo all'unanimità, non all'unanimità, un documento che vuole essere un documento di attenzione, di richiesta dei cittadini comuni, non se hai qualche cosa di devastante, ma se devi dare una risposta immediata a dei problemi. E poi, assessore, visto che – e parlo da membro della minoranza – visto che ancora di immobili, di patrimonio immobiliare, e parlo di Via Alpi, come si chiama? Non mi ricordo nemmeno come si chiama, perché è stato sempre un contenitore abbastanza

indefinito, parlo di tutti gli altri contenitori che dobbiamo valorizzare, parlo al consigliere regionale, ai consiglieri regionali tutti, al Sindaco, cerchiamo di aiutare questa città, anche sotto il profilo dell'importanza che questa città deve avere come città capoluogo di regione, ma città dei cittadini, perché altrimenti rischiamo di riempirci la bocca con delle parole che però a noi non generano servizi, ma soltanto inefficienze, difficoltà. Perché se il cittadino di Ancona oggi, quando prima andava nell'ospedale che diventerà ospedale di eccellenza, o che lo è già, deve prendere la macchina, cade per terra e va direttamente a Loreto o va a Monte San Vito o va a Jesi, la stessa cosa non fanno i cittadini del paese, paesino o paesotto o Comunello che ha l'ospedale importante. Per cui, grazie dell'attenzione, assessore.

PRESIDENTE. Grazie consigliere Tombolini.

A seguire, il gruppo Movimento 5 Stelle. Consigliere Diomedi. Prego, consigliere. Poi, a seguire il consigliere Gnocchini.

CONSIGLIERE DIOMEDI (M5s). Grazie. Preliminarmente, vorrei ringraziare l'occasione, il lavoro della Commissione consiliare, perché ha consentito di accendere un bel faro su un tema che la città soffre da anni.

Detto ciò, però, come già espresso in quella sede, e lo rafforzo ora questo concetto, avremmo voluto che si osasse un po' di più. Avevamo proposto di invitare un tecnico e quell'invito è stato negato. Invece riteniamo che, sulla scorta di un rapporto numerico, un approccio in qualche modo scientifico avrebbe fatto sì che le richieste legittime, condivisibili che vengono fatte nella parte dispositiva del documento, avrebbero potuto essere più supportate.

Riteniamo che un progetto di riordino credibile in ambito sanitario, se così lo vogliamo definire, deve fare riferimento a dati obiettivi. E questi dati obiettivi dovrebbero sopportarne le linee direttrici, perché la misurazione delle esigenze dello stato attuale, le esigenze e lo stato attuale della popolazione residente e le loro variazioni nel futuro, solo questa misurazione potrà far giungere ad una definizione di un piano coerente e anche alla formulazione di proposte, di richieste sostenibili.

Il documento sul riordino del sistema salute, senza riferimenti a misurazioni, rischia di non essere credibile. La conoscenza dei fattori che a breve, a medio e a lungo termine influiscono sullo stato di salute e sul ricorso ai servizi sociali e sanitari è fondamentale, e la pianificazione degli interventi non può prescindere dalla misurazione dei bisogni e delle risorse. E insisto sulla misurazione. La progettazione dei programmi di intervento, la valutazione del livello dell'efficacia dei servizi ed il loro continuo adeguamento alle nuove necessità in una dinamica economica, ambientale, sociale in rapida evoluzione, sono compiti che la moderna pianificazione sociosanitaria deve saper affrontare.

La realtà sanitaria reale e non quella virtuale di cui il governatore – che speriamo sia uscente – mena vanto, è al momento invece tramontata. La clientela è il convitato di pietra di tutti i tavoli e la rendita elettorale non consentono di definire credibile e capace che si è occupato e si occupa di sanità nel nostro territorio. Nella salvaguardia dei diritti costituzionalmente garantiti, sono investiti di ruoli organizzativi...

Per cortesia, potrebbe consentire all'aula di fare un po' più di silenzio? Il brusio è proprio fastidioso. Grazie.

PRESIDENTE. Prego.

Per cortesia, dal pubblico un po' più di silenzio, per cortesia, c'è un brusio che supera... purtroppo l'eco arriva fino a qua giù, signori. Grazie.

CONSIGLIERE DIOMEDI (M5s). Grazie mille. Nella salvaguardia dei diritti costituzionalmente garantiti, sono investiti di ruoli organizzativi e gestionali soggetti

entrati nel sistema con curricula spesso discutibili, a volte dubbi. Certamente tramite nomine fiduciarie che sembrano avere privilegiato criteri altri e diversi dalla competenza. Ben difficilmente si potrà cominciare a ragionare in termini di efficacia ed efficienza, ovvero di sostenibilità anche economica di erogazione di servizi e cure basate sulle evidenze, confidando in questi personaggi. È per questo motivo che il tentativo di interloquire tramite un documento che tratta di riordino del sistema salute nella città di Ancona, con chi ha contribuito alla sua implosione, appare quanto meno faticoso.

A questo punto, sui punti del documento vorrei intervenire con alcune osservazioni, e spero quindi di avere anche delle risposte dagli illustri ospiti. Sull'INRCA e sulla riorganizzazione della rete ospedaliera. I cittadini anconetani sono stati spogliati di quella che una volta era una corposa offerta sanitaria. Aleggia la prospettiva dell'ospedale di rete di cui al momento però non è dato sapere granché. Dopo la vergognosa figuraccia dell'aggiudicazione annullata, palesemente legata all'incompetenza dei componenti della Commissione giudicatrice della gara esperita per questo ospedale, che fra l'altro ha causato un danno a tutta la cittadinanza per il ritardo dell'aggiudicazione, ancora non è avviata la costruzione del nuovo presidio. Qualcuno prima giustamente diceva: ancora ci stanno le pecore, non ricordo chi, e corrisponde al vero. Quindi non è dato al momento sapere se e che cosa sorgerà in quell'area. Come mai questo silenzio della politica di fronte a questo colpevole ritardo? Forse i componenti della Commissione sono stati incapaci di far vincere chi avrebbe dovuto aggiudicarsi questo appalto? Non lo so.

Ciò che sembra abbastanza evidente, è che il nuovo presidio sarà il nuovo INRCA, in quanto nelle intenzioni della Giunta regionale vi è la necessità di fare cassa con gli immobili di Via della Montagnola. Pertanto quello che non è chiaro, è come potrà essere il nuovo INRCA un ospedale di rete per tutto il vasto territorio del bacino di Ancona che conta duecentocinquantamila abitanti. Non è chiaro l'integrazione tra l'INRCA e l'ospedale di rete. Soprattutto non è dato sapere come si potrà costruire un ospedale da duecentocinquanta posti letto con 66 milioni di euro. Un posto letto costa 264.000,00 euro, tenuto conto che oggi si costruisce sul nuovo a circa il doppio, probabilmente con questa somma si potranno fare le mura, perché il contenuto non è dato sapere come verrà finanziato. Sarà un'altra incompiuta come il Muzio Gallo, o l'ospedale di Osimo costruito a metà e lasciato a marcire in mano ai vandali, oppure San Sabino che è un ospedale già inaugurato dall'onorevole ministro Bindi, ma del quale ci sono solo le fondazioni?

Inoltre che cosa diventerà la struttura dove sorge l'INRCA attualmente e perché si continua a spendere quanto si spende annualmente per la manutenzione straordinaria di quell'immobile? Se entro tre anni ci sarà l'ospedale nuovo e operativo, perché spendere soldi su soldi per radiologia o la nuova camera calda del pronto intervento? Varie domande.

Sul Salesi ormai tutti sono decisi al trasferimento, perché la struttura è improvvisamente destinata, fatiscente e quello che resta strutturalmente, organizzativamente dell'ospedale pediatrico del centro Italia migrerà, anche fisicamente, nel contenitore di Torrette. Mi ricollego, e condividiamo tutte le posizioni quanto a necessità di conservare la specialità di questa struttura, data la specialità per gli utenti. Mi soffermo quindi su altre cose per non raddoppiare un intervento analogo. Ad oggi non sembra ci sia sicurezza sugli spazi, quindi mi fermo al contenitore fisico. A distanza di otto anni dal protocollo d'intesa, ancora incertezze non ci sono, l'unica è che il contenitore attuale è inadeguato, ma non è dato sapere che cosa diventerà.

Questa struttura, in realtà, insieme al Lancisi e molto altro dovrebbe essere stata inserita dal 2009 con la legge regionale n. 18/2009 all'interno del patrimonio disponibile al fine di essere alienata. Grazie all'artificioso meccanismo trovato, aggiungerei circense,

elettorale della Giunta regionale, serviva a far sapere alla comunità marchigiana che il debito della sanità era stato ripianato. Ma questo ripianamento è stato raggiunto con questa alienazione fantasma.

La sofferenza, vorrei aggiungere un argomento quanto all'ostetricia, perché sicuramente si aprirà un capitolo di sofferenza con l'annunciata chiusura del punto nascite dell'ospedale di Osimo, perché questa sofferenza che grava ora sul punto ostetricia anconetano non potrà che aumentare. Inoltre vorrei sottolineare e ricordare che il punto nascite dell'ospedale di Osimo ha ricevuto il riconoscimento Unicef di ospedale amico del bambino. Tale riconoscimento non è, come per altre strutture, nemmeno in odore di revoca.

Inoltre vorrei cogliere l'occasione per ricordare che la Regione Marche è stata severamente bacchettata dal Comitato europeo dei diritti sociali e dal Consiglio d'Europa. La percentuale degli obiettori in regione ha raggiunto livelli tali da non garantire l'applicazione di una legge dello Stato, la n. 194. Ancona, in conseguenza della minore percentuale di obiettori rispetto a quella di altri presidi, è penalizzata anche da questo punto di vista. Quindi andiamo incontro ad una sorta di catastrofe.

Ulteriore intervento che facciamo, osservazione è sull'argomento delle cure primarie o intermedie. La Regione Marche è ai primi posti delle classifiche nazionali in termini di frammentazione della rete ospedaliera con un numero elevato di strutture di piccole dimensioni. Infatti sono presenti nel territorio regionale quindici strutture ospedaliere con posti letto tra venti e sessantotto, di cui cinque con posti letto superiori a cinquanta. L'offerta ospedaliera della nostra regione, quindi, trova la sua ragione storica nella peculiare struttura urbanistica, la città diffusa, che rafforza il concetto di organizzazione a rete dei servizi, ma non è stata mai riorganizzata secondo questi criteri, e anche qui per anni si è lasciato che l'offerta non fosse organizzata, accettando duplicazioni e sovrapposizione di servizi, generando sprechi enormi, fino a che non si è dovuto prenderne atto con l'ultimo piano sanitario.

“Il servizio sanitario nazionale sta spostando sempre di più l'attenzione dall'ospedale al territorio. La profonda modifica della composizione demografica e l'evoluzione degli indicatori di benessere di stato di salute che investono le Marche, necessitano di una coerente pianificazione della risposta ai futuri bisogni”. Queste non sono parole mie, ma della D.G.R. n. 735/2013. E continuo citandola. “La nuova visione impone un cambiamento radicale, lo sviluppo di reti cliniche integrate tra ospedale e territorio, una nuova modalità di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La Casa della salute ne è l'espressione. In essa debbono essere collocati sia i servizi distrettuali, sociali e di prevenzione, oltre che alcune attività ambulatoriali specialistiche”. Una meraviglia. Ma come si colloca la città di Ancona, il suo bacino di utenza in questo rivoluzionario contesto? Non bene.

Con la D.G.R. n. 735/2013, riapro le virgolette perché cito, “al fine di dare corso alla riduzione della frammentazione della rete ospedaliera attraverso la contestuale riconversione delle piccole strutture, la Regione Marche ha avviato questo ambizioso progetto e virtuoso percorso che dovrebbe approdare alla Casa della salute e che rappresenta il luogo dove si sviluppano le cure primarie e le cure intermedie. Le Case della salute, come gli ospedali, possono avere diverse complessità e vengono comunque tutte pensate come punto di accoglienza, orientamento dei servizi per tutti i cittadini, dove viene garantita la continuità assistenziale ospedale-territorio auspicabilmente articolata in nuclei con più moduli di diverso livello assistenziale, pazienti assistiti ai vari livelli per cui è definito un P.A.I., un piano assistenziale individualizzato”. Veramente una meraviglia, però sulla carta. E per Ancona nemmeno sulla carta, perché i centonovantacinque posti di cure intermedie sono collocati in questi presidi: Sassocorvaro, Cagli, Fossombrone, Chiaravalle, Cingoli, Sassoferrato, Loreto, Recanati,

Tolentino, Treia, San Severino, Matelica, Monte Giorgio e Sant'Elpidio al Mare. Nella delibera n. 735/2013 la città di Ancona non c'è.

La più recente delibera n. 149/2014 sembra aver fortunatamente rivisto in aumento questa rete ospedaliera, prevedendo la costituzione delle Case della salute anche nei centri urbani più grandi. C'è da attendere il 30 giugno per vedere se, nero su bianco, sarà scritto che Ancona avrà la Casa della salute. Però oggi per Ancona non c'è nulla. Ad oggi quindi le certezze che abbiamo, sono queste: 0,12 posti per cure intermedie ogni mille abitanti, e questi posti appartengono all'extra ospedaliero come l'RSA. E non sappiamo con quali regole funzioneranno in futuro, quindi con quale standard di personale, con quanto e che tipo di presenza medica, che cosa distinguerà un posto di cure intermedie da uno di lungodegenza o RSA o di medicina. Al momento non lo sappiamo. Forse è il caso di domandarglielo.

Concretamente occorre prevedere il trasferimento presso l'ex ospedale Umberto I del Poliambulatorio di Viale della Vittoria, la creazione ex novo di almeno settanta posti letto di residenza protetta, in cui sono ricompresi i ventotto di Villa Almagià che è una struttura operativa che non è a norma, e avere la certezza di una costituzione di una Casa della salute ad Ancona, ad esempio proprio...

Questo è il tracollo della Repubblica!

Occorre quindi avere la certezza della costituzione di una Casa della salute ad Ancona, ad esempio proprio all'ex Umberto I, che potrebbe diventare così una vera e propria cittadella sanitaria ed in più recuperare l'ex Tambroni che è un vero e proprio emblema allo spreco di denaro pubblico di cui non si conosce la sorte. Inaugurato, ma mai funzionante.

Vorrei inoltre, ulteriore punto, soffermarmi sull'assistenza domiciliare integrata. Nonostante il deficit di assistenza istituzionale, Ancona soffre di un bassissimo tasso di assistenza domiciliare e a questo deficit deve essere posto rimedio. La SAD, cioè il servizio di assistenza domiciliare e l'assistenza domiciliare integrata costituiscono la nuova frontiera dell'assistenza. Alla luce delle proiezioni sull'andamento dell'invecchiamento della popolazione, anconetana in particolare, è di tutta evidenza che le strutture sanitarie molto probabilmente non potranno fare fronte all'aumento dei bisogni di salute determinati dall'età.

Rispetto al 2011 gli anziani residenti ad Ancona nel 2016 subiranno un incremento numerico importante. Gli ultra ottantacinquenni aumenteranno del 20,7%, di circa mille unità. E nelle proiezioni al 2021 aumenteranno ulteriormente coloro che si collocano nella classe over 85. Aumenteranno del dodici per cento. In considerazione di questi dati, occorrerà progettare servizi di assistenza e prevenzione della malattia e disabilità adeguati.

L'obiettivo della riduzione dell'istituzionalizzazione e della medicalizzazione dei bisogni garantirà risparmi non solo economici, ma anche affettivi. SAD, ADI e servizi sociali debbono fare sistema e dialogare. Il percorso di assistenza deve necessariamente essere individualizzato. Se si rafforzano e razionalizzano i servizi domiciliari, il vantaggio, ripeto, non solo economico, di ricovero anticipato in strutture sarebbe immediato.

Servizi distrettuali. Vorrei citare a questo proposito la D.G.R. n. 149/2014. La Regione entro il 30 giugno 2014 effettuerà – rectius, promette di effettuare sarebbe il caso di glossare – un monitoraggio sul livello di servizi distrettuali (Poliambulatori, Consultori, Unità multidisciplinari, dipendenze) che sono erogati da diverse realtà della regione. Il risultato di questo monitoraggio sarà oggetto di valutazione comune, finalizzata a rafforzare quelle attività carenti rispetto al livello di erogazione congiuntamente definito. Certamente monitorare Ancona sarà molto facile, perché in città non c'è quasi più nulla. La D.G.R. n. 149/2014 testualmente dice: "In questo ambito va garantito un ruolo attivo della programmazione dell'attività dei Comitati dei Sindaci". Premesso che

il percorso sembra passare anche per la nomina di qualche direttore di qualcosa, fino ad ora e mentre i servizi sociosanitari della città implodevano, sottraendo tutele e sostegno ai più fragili, i Comitati dei Sindaci di che parlavano?

Quanto alla prevenzione, questo documento che piace definire in qualche modo un po' leggero su alcune cose, che è stato illustrato, affronta anche il tema della prevenzione, e se ne illustra significato semantico "la promozione della salute fisica e mentale". A parole viene auspicato il conferimento ai cittadini di tutti i mezzi necessari per il miglior... sul proprio livello di salute. Più prevenzione, quindi meno ricoveri, uguale meno spesa. Giusto, non fa una piega.

Cominciamo allora con il ripristinare la dovuta attenzione anche al nostro habitat. Riaccendiamo le centraline per il rilevamento delle PM10 che sono state strategicamente poste fuori uso nei siti più esposti. Dobbiamo essere conseguenti ai dati che andremo a rilevare. Bonifichiamo i siti pieni di amianto, arginiamo il trasporto privato, potenziamo quello pubblico, introduciamo il biologico a chilometro zero nelle mense scolastiche ed ospedaliere, sosteniamo la filiera corta. E si potrebbe continuare, perché la lista delle buone pratiche utili alla prevenzione è assai lunga.

Aggiungo una segnalazione che è anche una considerazione finale. Nell'ordine del giorno del prossimo Consiglio regionale, che mi pare cada domani, saranno in discussione alcuni problemi sanitari. Non c'è né un'interrogazione, né un'interpellanza sui problemi sociosanitari della città di Ancona. Dov'è che stanno seduti i consiglieri regionali anconetani? Grazie.

PRESIDENTE. A seguire, il capogruppo del gruppo Udc, Marco Gnocchini. Prego, Gnocchini.

CONSIGLIERE GNOCCHINI (Udc). Grazie Presidente. Io farò un intervento molto breve, perché l'interesse primario è oggi avere delle risposte, delle informazioni, delle rassicurazioni e, se possibile, anche degli impegni dai nostri illustri interlocutori regionali che ringraziamo per la presenza ovviamente.

Farò un brevissimo intervento su due questioni, cercando un'interlocuzione politica soprattutto con l'assessore regionale che è il nostro in qualche modo interlocutore privilegiato. La Regione Marche, come tutte le Regioni italiane, ha stipulato dei protocolli che riguardano i livelli essenziali di assistenza, come Consiglio comunale di Ancona, come rappresentanza dei cittadini, noi vorremmo delle garanzie nel rispetto di questo protocollo, vorremmo dei dati anche su questi livelli essenziali di assistenza in termini di accesso alle prestazioni d'urgenza che nella nostra città sappiamo sono piuttosto critiche, di accesso anche alle prestazioni di Medicina Generale.

Il livello delle liste di attesa che sono un criterio di misurazione, ci dicono che nella nostra città per gli interventi di bassa e media chirurgia dobbiamo attendere molto, e questa non sarebbe una novità in Italia, ma nel caso della città di Ancona, che è privata di un ospedale di rete, questo significa anche spostarsi nell'hinterland, e a volte anche fuori del territorio anconetano. Una città che perlopiù è costituita da anziani, quindi c'è anche il problema per quanto riguarda la garanzia dell'equità degli accessi. Anche l'accesso al pronto soccorso che è situato in una zona della città che è sicuramente poco accessibile, poco raggiungibile, soprattutto in alcune ore, in alcune fasi dell'anno.

Il problema dell'RSA, il fabbisogno che stabilisce la legge regionale sul piano sanitario è già insufficiente, ma comunque non è nemmeno esaurito. Garanzie sulle prestazioni, dicevo, garanzie che sono anche vorremmo sul rispetto dei protocolli d'intesa stipulati, sono stati più volte ricordati, dalle precedenti Amministrazioni, in qualche modo il Consiglio comunale di Ancona li ha subiti, in alcuni casi non li ha condivisi, ma questa Amministrazione, che è un'Amministrazione seria, ha già detto che li vuole rispettare, perché è giusto così, perché i patti vanno rispettati. Allora vorremmo che anche dalla

parte regionale vi sia lo stesso rispetto, e quindi da questo punto di vista il discorso cade inevitabilmente sul Salesi, perché quello del richiedere una struttura autonoma con tutti i crismi indipendente, è sicuramente non una richiesta al Comune di Ancona, ma un impegno che è stato preso nei protocolli d'intesa. Da questo punto di vista, vorremmo anche sapere come si intende realizzare il nuovo Salesi che dal momento che l'attuale struttura di quindicimila metri quadrati che si sviluppa per una superficie complessiva di quindici mila metri quadrati ci è stato detto nel precedente Consiglio comunale, che risale ormai a diversi anni fa, in cui abbiamo trattato il medesimo tema di oggi, che l'area che è stata individuata, quella dell'anatomia patologica, è un'area che abbiamo misurato di circa duemilacinquecento metri quadrati. Quindi dai nostri calcoli risulta alquanto problematico questo trasferimento.

Non vorremmo che tutto ciò, come è stato più volte ribadito, venisse a nascondere un'altra intenzione, che è quella di non realizzarlo e di trasferirlo per inglobazione all'interno dell'ospedale. Anche qui ci dovrebbero dire poi i vostri tecnici come intendono ricavarne tutti questi spazi. Quindi mi avvio in conclusione, perché per il resto c'è il documento che è un documento che è frutto di un lavoro eccellente, a mio modo di vedere, e che per questo, da capogruppo di un piccolo gruppo, ma che comunque ha dato un suo apporto, ringrazio sia il Presidente della Commissione Grelloni, sia la relatrice Finocchi che all'unisono hanno prodotto, insieme con gli altri gruppi, un grande lavoro.

Noi non stiamo qui a reclamare dei posti letto, come fanno alcuni Sindaci di altre cittadine, perché questo è un argomento che ai cittadini di Ancona interessa poco, noi vorremmo sapere come vengono garantite le prestazioni, come dicevo all'inizio, come vengono garantiti i livelli di assistenza e per questo ci attendiamo delle risposte. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, consigliere Gnocchini.

Abbiamo l'ultimo intervento del gruppo Sel. Consigliere Crispiani, prego. Poi gli invitati.

CONSIGLIERE CRISPIANI (Sel). Molto brevemente, nell'intento di ascoltare con grande attenzione quello che i nostri autorevolissimi interlocutori avranno da dire con riferimento a tutte le considerazioni, le lamentazioni, le giuste evidenziazioni dei problemi che tagli e riorganizzazioni hanno riservato alla nostra città in materia di salute, di tutela della salute.

Ho sentito su questo tema relevantissimo tutto sommato una certa omogeneità nel tenore dei ragionamenti che sono stati fatti. Ho sentito ovviamente accenti diversi per le diversità delle sensibilità dei vari gruppi, ma mi permetto di insistere su questo tenore comune che in qualche modo rappresenta il disagio dell'intera città di Ancona riguardo a questo tema. Tema che, come dicevo, è relevantissimo, che segnala, indica il livello di civiltà di una comunità. E proprio per questa ragione, cioè una sostanziale omogeneità nell'impostazione dei molti interventi a cui ho assistito, sento l'obbligo di dover dire più che ai nostri ospiti, ai miei colleghi, che ci stiamo avviando verso una conclusione dei nostri lavori che non è quella auspicata, che non risponde agli impegni che c'eravamo presi.

È ovvio che a questo esito arriviamo, perché in qualche modo il modo in cui abbiamo cercato di preparare questi nostri lavori, aveva conosciuto già a suo tempo delle problematiche. Ricordo la pubblicazione di un documento prima ancora che la questione fosse stata oggetto della discussione che merita negli organismi di questo nostro Consiglio.

Vedo oggi, nonostante una omogeneità, al di là delle accentuazioni, delle prese di posizione, una divaricazione verso un esito che non consente a questo Consiglio che probabilmente, io spero di no, non consentirà a questo Consiglio comunale di

pronunciarsi in maniera unitaria, come credo la città si aspetti e come credo sia necessario.

Ora, chiedo a tutti i colleghi, a tutti i gruppi di fare ogni sforzo, dopo aver ascoltato ciò che i nostri autorevolissimi ospiti avranno da dirci, per non pervenire a questo esito, per raggiungere una conclusione unitaria. E in questo mi permetto di segnalare che anche la soluzione proposta dai colleghi del Movimento 5 Stelle, nulla toglierebbe all'autorevolezza di questo Consiglio comunale. Ciò che toglierebbe parte dell'autorevolezza a questo Consiglio comunale, consistente parte dell'autorevolezza di questo Consiglio comunale è quello di una votazione in ordine sparso per appartenenza di gruppo. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, consigliere Crispiani.

Passerei la parola all'assessore regionale alla sanità, Almerino Mezzolani. Primo intervento degli invitati.

Dott. MEZZOLANI, *Assessore regionale alla Sanità.* Intanto grazie, Presidente. Vorrei ringraziare il Sindaco per l'invito a questo Consiglio comunale, vorrei ringraziare tutti voi, perché pur nelle diverse ragioni che qui avete portato sulla valutazione del sistema sanitario anconetano che, come diceva adesso giustamente il capogruppo di Sel, è mosso dalle diverse sensibilità, al di là di queste differenze, credo che sia per noi un utile elemento di riflessione nell'incedere di una riforma, nel portare avanti una riforma che naturalmente ha a che fare con quello che qui è stato definito un aspetto molto importante per la vita dei nostri cittadini.

C'è, a mio modo di vedere, un denominatore comune che ha attraversato questa discussione, indipendentemente dalle diverse sensibilità con cui il tema è stato affrontato. Il diverso denominatore riguarda il tempo che stiamo attraversando, le paure che la accompagnano, i timori di ciascuno di noi di vedere andare disperse le conquiste sociali, e i servizi che ne sono conseguiti in questo difficile passaggio che il Paese sta attraversando. Questo è il denominatore comune e io credo che bisogna essere molto seri e molto franchi nella nostra discussione, perché se da un lato comprendo bene questi timori e queste paure, che peraltro si accompagnano anche al fatto che la crisi che stiamo attraversando dilata profondamente i bisogni, segna in qualche modo le coscienze e le sensibilità dei nostri cittadini, perché non dimentichiamoci che qui non solo c'è il pericolo di perdere ciò che abbiamo conosciuto e ciò di cui abbiamo potuto usufruire pur nelle difficoltà, ma siamo anche di fronte al fatto che queste paure sono oggi, per le generazioni, un po' meno per la mia, ma soprattutto per le generazioni più giovani, difficilmente più sopportabili, i sacrifici che ci si chiede, sono difficilmente più sopportabili rispetto al passato, perché non siamo attrezzati come lo eravamo ieri.

Veniamo da un tempo in cui c'è stata una forte dilatazione di quello che è stato lo stato sociale che abbiamo costruito, sia in campo sociale che in campo sanitario, e queste conquiste che oggi sono messe in discussione, ci spaventano. E soprattutto per chi deve governare questi processi.

Vedete, c'è un errore. Io sono dell'avviso, il mio è un semplice suggerimento, mi rendo perfettamente conto di quanto sia difficile fare sintesi delle diverse sensibilità, delle diverse anche appartenenze politiche, ma credo che fare un consesso che produca un documento unico con una visione il più possibile unitaria, non solo della fotografia di ciò che c'è, ma anche della risposta realistica che possiamo dare in questo tempo, sarebbe a mio modo di vedere quanto di più utile possiamo fare. E lo dico, perché dare risposte oggi in questo tempo, e amministrare questo nostro tempo, non c'è mestiere più difficile che è fare l'amministratore, che è governare nel momento in cui si allargano le richieste, la domanda, che allargano i bisogni e la domanda alle risposte da un lato, e dall'altro si restringono le risorse attraverso le quali queste risposte devono essere date.

Noi rispetto a questo assistiamo a due atteggiamenti che sono differenti. A mio modo di vedere, uno è quello che ci serve, costruttivo, cercare cioè di unire le nostre forze, le nostre visioni, razionalizzare le risorse per cercare di fare il possibile rispetto a ciò che viene avanti. Dall'altro, invece – e non mi convince questo atteggiamento – è la posizione di coloro che di fronte a queste difficoltà preferiscono indicare negli altri responsabili, magari cercando di suggerire soluzioni praticabili, perché credo che questo atteggiamento non lo condivido e non mi convince per la semplice ragione, che viviamo il tempo rispetto al quale è più facile defilarsi dalle proprie responsabilità caricandole sugli altri, alleggerendo le proprie, che invece prendere sulle spalle quelle che ci competono.

Lo dico perché? Perché ho voluto fare questa premessa? Per la semplice ragione che mi convincono quei ragionamenti realistici che affrontano i problemi dentro il contesto temporale che viviamo, non mi convincono quelle visioni e quelle risposte rispetto alle quali noi continuiamo a ragionare come se in questo Paese negli ultimi tre o quattro anni, o anche un po' di più, non fosse successo nulla. Questo non ci aiuta. Non aiuta, ripeto, può aiutare qualcuno di noi a defilarsi dalle proprie responsabilità, ma non aiuterà minimamente per risolvere un solo problema per i nostri cittadini.

Quel contesto va qui ricordato, perché ho sentito parole tipo “pareggio di bilancio finto”. Cioè noi avremmo messo dentro le nostre alienazioni per presentare pareggi di bilancio finti. Non ci è concesso. Non saremmo qui. Le Marche non sarebbero qui. Il sistema sanitario marchigiano non sarebbe qui, se avessimo fatto questo. Perché se c'è una cosa che il tempo di crisi ci ha spinto a fare, quelli che sono controlli rigorosi e severi sull'attività delle istituzioni e degli enti pubblici.

Il pareggio di bilancio della Regione Marche, del Servizio sanitario, è un pareggio vero, è uno dei pochi pareggi veri delle Regioni italiane. Le uniche due Regioni che nel 2012, voglio ricordarlo, chiudono veramente a pareggio, certificato dal Tavolo Massicci, rispetto al quale non si sgarra, sono sostanzialmente due, le Marche e la Lombardia. 2012. Noi abbiamo chiuso a pareggio anche quello del 2013. E nel 2013 siamo primi, mi ricorda il mio direttore. Sono dati che non diciamo noi, che vengono dal Ministero.

Perché dico che sono solo quelle due? Perché se non ci fosse stata la dilazione per l'ammortamento degli investimenti ventennale, nemmeno il Veneto, la Toscana e l'Emilia-Romagna avrebbero chiuso a pareggio. Regioni dove storicamente il Servizio sanitario, i Servizi sanitari sono tra i migliori del Paese. Quindi credo che vada riportata questa discussione a qualche elemento di verità.

Il problema è che dobbiamo dire questo, il fatto che abbiamo messo a pareggio i nostri bilanci, ci garantisce, abbiamo eliminato tutti i problemi? Assolutamente no! Però una cosa è certa, e lo ha dimostrato l'ultimo riparto fatto del fondo sanitario nel 2013, se non avessimo fatto il percorso di razionalizzazione, di riqualificazione e di riforme che abbiamo portato avanti nel corso di questi anni, perché non c'è solo il risanamento economico, non avremmo retto, se non avessimo in qualche modo portato avanti anche elementi di riqualificazione e di ammodernamento del nostro sistema, se non avessimo fatto questo percorso, oggi non saremmo qui nelle condizioni di discutere del nostro futuro, come non lo sono quelle Regioni che, non avendo fatto questo, sono sotto commissariamento o sotto accompagnamento.

Lo dico perché questo percorso che lasciava immaginare ovviamente un tragitto più morbido e più lungo nel tempo del processo di riforme che abbiamo avviato già dal 2007 in avanti, è stato messo fortemente a dura prova da ciò che è accaduto dalla Finanziaria 2012 e dalla spending review che è venuta qualche mese dopo, perché lì dentro sono passati qualcosa come 600 milioni di tagli per la Regione Marche, per il Servizio sanitario della Regione Marche, da portare a casa in un triennio. E la cosa peggiore è che l'anno 2013, era quello che metteva a rischio la tenuta del nostro

sistema, se non avessimo accelerato quel percorso di riforme. Questo è avvenuto in questo tragitto. Questo abbiamo dovuto fare.

Mi rendo conto perfettamente, perché è discussione di questi giorni sui tavoli che abbiamo con le parti sociali, con i sindacati, con la dirigenza medica, con tutti gli operatori del sistema il fatto che ci viene detto che questa riforma, i provvedimenti che abbiamo preso non sono stati socializzati o non lo sono stati a sufficienza. I Sindaci dei territori rivendicano questo, gli amministratori del territorio. Perché dice bene la riforma, ma ce lo dovevate dire prima. Socializzarla e condividerla il più possibile.

Se l'avessimo fatto, noi nel 2013 non ce la saremmo cavata. Uno perché dovevamo sottostare a quelli che erano i vincoli nazionali, e io qui ho sentito rivendicare investimento di risorse, ci vuole il personale, non vanno smantellate le responsabilità, vanno razionalizzate. Per una semplice ragione, perché le Marche sono state una delle Regioni che ha potuto, in virtù del pareggio di bilancio, applicare il turnover al settanta per cento fino all'anno scorso, e abbiamo chiuso accordi sindacali per portarlo al cento per cento nell'anno 2014. Se non avessimo chiuso a bilancio, noi non potevamo, qualunque persona usciva dal nostro sistema, siccome il turnover era a zero, noi non potevamo assumerlo.

I vincoli che abbiamo davanti, ci impongono di ridurre del ventisei per cento (25,8%) le unità operative complesse, è un obbligo, non è una facoltà. Così come pure il trenta per cento delle unità operative semplici. Questi sono i binari stretti entro i quali noi siamo costretti a far camminare il processo di riforma, che avremmo voluto certamente portare avanti in un tempo un po' più lungo. Però, ripeto, il sistema italiano sanitario non reggerebbe, se non avessimo accelerato questo percorso.

Mi rendo conto che oggi portare avanti un processo sotto la pressione delle problematiche finanziarie ed economiche, rischia in qualche modo, non solo accelerare i tempi e ci impedisce di dialogare a sufficienza per applicare nella maniera più giusta possibile, ma rischia di essere fortemente inficiato e solo votato ad una visione ragionieristica. Però quando noi dicevamo: guardate che se le Marche fanno fino in fondo il loro dovere, alla fine saranno una di quelle Regioni che, pur dentro queste difficoltà, potranno ancora misurarsi con i territori, gli operatori, le parti sociali, i sindacati per cercare di declinare al meglio quello che è un processo di una riforma che ha dovuto subire l'accelerazione in virtù della drammaticità della quadratura economica del Paese. Ed è andata così.

Per la prima volta nell'anno 2013 il fondo sanitario nazionale viene ripartito per costi standard e dentro questa modalità di ripartizione per la prima volta nel Paese si premiano le Regioni virtuose. Se noi non lo fossimo stati, noi avremmo dovuto rinunciare a qualcosa, ci sarebbe venuto meno qualcosa come una trentina di milioni che oggi non avremmo e naturalmente la cui mancanza avrebbe fortemente compromesso o la qualità del nostro sistema, già in parte difficile da tenere in piedi in virtù di ciò che è accaduto, ma io temo che noi saremmo finiti tra le Regioni che non facevano quadrare il loro bilancio.

Questo avviene per la prima volta e noi siamo l'unica Regione che di fatto ha potuto, in virtù di quello che abbiamo fatto nel nostro passato, sterilizzare di fatto il taglio che è stato prodotto fra il 2012 e il 2013. Siccome la sanità per il 2013 è stata tagliata di 1 miliardo, a noi sarebbero venuti meno qualcosa come 26 milioni. Li abbiamo recuperati proprio perché essendo tra le cinque Regioni virtuose, fra le prime tre di queste cinque, abbiamo potuto recuperare quei soldi. E siccome il 2014 il riparto sarà fatto allo stesso modo, vuol dire che ciò che abbiamo fatto nel nostro passato, i sacrifici che abbiamo prodotto, non sono sacrifici vani. Adesso è chiaro che dobbiamo guardare avanti. E il processo non è un processo per nulla semplice, perché è chiaro che è alimentato da quei timori e da quelle paure, perché è di questo che abbiamo discusso, una città che storicamente, e fate bene a rivendicarlo con orgoglio, anche perché ci sono state

strutture che qui venivano ricordate, lo sappiamo, lo dico al consigliere Berardinelli che dice: non so se tutti lo sapete, lo sappiamo. E giustamente lo rivendicate con orgoglio. Così come pure con orgoglio rivendicate la qualità che difendete delle vostre strutture, siano esse l'INRCA, il Salesi o quant'altro. Però la cosa che voglio dire io agli anconetani, così come lo dico a tutti gli altri cittadini, è che per difendere quella storia gloriosa che abbiamo portato avanti, ciascuno per la propria parte, ad Ancona più che in altri luoghi, la cosa peggiore che possiamo fare, è sederci su ciò che abbiamo fatto, magari questo ci rende orgogliosi, ma non ci porta dentro il futuro. Bisogna stare dentro il cambiamento, è questa la sfida che abbiamo aperto con la riforma sanitaria che vogliamo portare avanti. Poi ci sono tutte le difficoltà della transizione che viviamo, perché quando il Sindaco mi chiede – e vengo alle risposte più immediate – l'amministratore locale è qualcosa di straordinario, perché vive il problema nella sua immediatezza, il Sindaco dice: senti, conta poco quello che è il contesto che tu mi descrivi, ma io voglio sapere se devo farmi un'appendicite, un intervento urgente di bassa complessità, dove devo andare? A Torrette. Come ci va il sessanta e oltre per cento degli anconetani in questo momento, perché quello che andrà fuori, sarà semmai quello che può essere programmato, perché viene distribuito meglio in rete e perché alleggerisce quello che deve essere l'ospedale, valorizzando l'alta specializzazione dell'ospedale di Torrette che non è per Ancona, è a servizio dell'intera comunità regionale.

SINDACO. Scusa, quindi l'appendicite programmata dove va?

Dott. MEZZOLANI, *Assessore regionale alla Sanità.* Non l'appendicite programmata. L'appendicite non è programmata.

SINDACO. Un'altra cosa non d'urgenza dove va? La colecistectomia, come accidenti si chiama, dove va?

Dott. MEZZOLANI, *Assessore regionale alla Sanità.* Dopo vi risponderò. Per dire che ci saranno a Torrette anche quei servizi che prevedono, come qui veniva richiesta.

SINDACO. Scusa assessore, non è una domanda polemica. La risposta può essere pure che uno va a Senigallia. Non è osceno. Bisogna saperlo, però.

Dott. MEZZOLANI, *Assessore regionale alla Sanità.* Esatto. Ma lo diremo. Questo per quello che riguarda... Quindi, dicevo, stiamo attraversando, così come pure io credo che la prima questione, anzi, per impostare il tutto, vada messo nero su bianco anche gli accordi che abbiamo fatto, i patti che abbiamo stipulato, che faceva riferimento ai famosi protocolli. Sono rimasti anche lettera morta nel tempo passato non solo per la responsabilità della Regione.

Però io credo, quei protocolli adesso sono stati riaggiornati al punto tale che i famosi padiglioni, i lavori dei famosi padiglioni sono stati finanziati. Sono stati finanziati e appaltati. Poi l'appalto è fermo, ma non per responsabilità della Regione, né per responsabilità del Comune, in verità. Perché c'è purtroppo da rispettare quello che per noi, e soprattutto per i cittadini, diventa qualcosa di soffocante, che è la burocrazia, perché qui veniva giustamente rivendicato il fatto di dire: noi, l'INRCA di Camerano, l'INRCA a Camerano noi l'avevamo finanziato, programmato, finanziato, appaltato. Non è responsabilità di una Commissione il fatto che non si sia potuto andare avanti, perché c'era un ricorso. I ricorsi sono un diritto. Poi chi giudica i ricorsi, guardate caso lo stesso ricorso in due Tribunali diversi, è finito in maniera diversa. Quindi siamo qui dentro. Però quei lavori riprenderanno, anche perché è stata assegnata nuovamente, sono

stati assegnati nuovamente e verranno consegnati, credo, se non vado errato, entro la fine del mese di maggio.

Per dire che questo vale anche per i padiglioni dell'ex Umberto I, nei quali devono andarci i quaranta posti di RP, di cui ventotto sono quelli trasferiti da Villa Almagià, gli altri sono aggiuntivi, ai quali dovranno aggiungersi i quaranta di RSA così come i protocolli prevedono.

L'altra questione, il Salesi. È talmente vero il ragionamento che qui facevate, cioè che quella struttura che è vanto di questa città, doveva e deve essere preservata, è talmente vero che noi abbiamo già da tempo previsto il progetto per una nuova costruzione. E questa deve andare a Torrette. È finanziata in parte dallo Stato, la restante parte, sono 45 milioni se non vado errato, 20 lo Stato, 24 sono quelli della Regione. Quelli ci sono. Se non ci sono quelli, perdiamo anche i 20 dello Stato. Quelli dobbiamo metterceli, e siccome siamo nella fase della progettazione preliminare, tra la progettazione preliminare e quella definitiva dovrei trovare il resto per finanziare, per accompagnare quei 20. Questo è l'impegno che la Regione si assume, perché quella è la strutturazione. Perché necessita il trasferimento del Salesi, di quello che c'è, in una fase transitoria a Torrette rispetto alla quale dovremo organizzarci al meglio, come si sta attrezzando il direttore Galassi, cioè tenere separate le degenze pediatriche da quella... ma è una fase transitoria in attesa del nuovo complesso che non può essere appaltato adesso, per la semplice ragione che i lavori di consolidamento sismico che dobbiamo fare a Torrette, prevedono l'apertura dei cantieri non conciliabili con un ulteriore cantiere.

(Intervento fuori microfono)

Nella progettazione, certo, quello che non si può fare, è cominciare dei lavori... quindi questo è il percorso che è partito.

Sull'INRCA bisogna essere chiari, noi dobbiamo fare l'INRCA che prevede di dare delle risposte che l'attuale INRCA dà per quanto riguarda le degenze, soprattutto quelle dovute alla cronicità, perché di questo si tratta, quello deve essere l'ospedale che prevalentemente risponde alle problematiche che adesso stanno dentro l'INRCA. Il progetto di... è qualcosa di più, è una aggiunta, ed è chiaro che quella struttura dovrà contenere, dovrà essere in grado di contenere esattamente queste cose, perché l'idea, scusatemi, su questo bisogna essere chiari, che noi facciamo l'INRCA nuovo e contemporaneamente ci teniamo l'INRCA vecchio, questo non può essere. Dobbiamo dircelo con assoluta franchezza, perché questo sarebbe insostenibile. Quindi queste sono le questioni.

Sulle altre cose che qui dicevate, ad esempio c'è questo ragionamento delle Case della salute che, a mio modo di vedere, possono tranquillamente stare dentro la struttura che noi andiamo ad individuare, abbiamo individuato nell'ex Umberto I. Non è vero che noi non abbiamo previsto Case della salute là dove non ci sono, noi abbiamo fatto un accordo sindacale, in cui prevediamo la costruzione, la presenza sul territorio regionale di quaranta, quarantadue Case della salute, di cui undici sono quelle che derivano dalle vecchie chiusure degli ospedali di polo avvenute a suo tempo, tredici sono la trasformazione degli ospedali di polo a proposito di frammentazione, di superamento della frammentazione, della frammentazione superata dal fatto che i tredici ospedali di polo vengono trasformati in Case della salute nelle sue diverse intensità.

È chiara però una cosa, che questa distribuzione proprio perché segue gli ospedali da riqualificare, quelli che già esistono, si dipana in maniera disomogenea sul territorio e l'aggiunta di quelle Case della salute per cui noi ci siamo impegnati con il sindacato ad a costruirle man mano che liberiamo le risorse dal sistema, perché risorse aggiuntive non ce ne saranno, se questa è l'aria che tira nel Paese, man mano che recuperiamo

quelle risorse a reinvestirle in modo omogeneo. Ed è chiaro, evidente che quella disomogeneità è vero, avete ragione, si paga soprattutto nelle città.

Allora ecco perché dico che quella cosa che chiedete, non è una cosa peregrina, ma anzi credo che noi dobbiamo prevederla e dentro. Come è altrettanto vero che, sia per quanto riguarda il discorso RSA, RP, perché un conto è mettere il P.O.F., poi un conto è invece far partire il servizio vero e proprio, e se i lavori dureranno tre anni, quello che durerà, questo è il tempo entro il quale noi dovremo riqualificare le risorse dal sistema per ridestinarle a questi servizi, compresi ovviamente a partire dal potenziamento dell'ADI, a partire dai ragionamenti che avete fatto che sulla prevenzione e sulla medicina nel territorio, perché questa è la sfida che abbiamo davanti. Questo è ciò che sta dietro la riforma che faticosamente stiamo portando avanti.

Però, vedete, anche sulle Case della salute non tutto dipende dalla Regione, dall'Assessorato, al Servizio salute, dai dirigenti della Sanità, perché se stamattina, ieri, stamattina abbiamo approvato l'atto deliberativo, ma se ieri non chiudevamo l'accordo con i medici di Medicina Generale per andare dentro le Case della salute a svolgere quei servizi che qui giustamente in questo documento ci stanno e che qui giustamente rivendicate, che la popolazione rivendica per rispondere meglio a quei bisogni che stanno emergendo, soprattutto in un passaggio di crisi come questo, se non avessimo chiuso quell'accordo, e se non avessimo fatto questa delibera che naturalmente discende da quell'accordo, noi potevamo parlare di tutte le Case della salute che vogliamo, ma se non ci porti dentro i contenuti. Questo lo dico per dire che la riforma è una riforma faticosa. Io credo che grazie al lavoro del passato, siamo rimasti in carreggiata. Adesso noi abbiamo imboccato la strada giusta, mi rendo conto che da qualche parte chiediamo sacrifici che nessuno avrebbe voluto, ma tuttavia io credo che noi si sia sulla strada giusta.

Termino dicendo questo, perché voglio dare anche alcune risposte rispetto a qualche questione che ho sentito. È vero, noi siamo stati bacchettati da un documento dell'Unione europea rispetto al quale abbiamo un eccesso di obiezioni di coscienza. Però la coscienza è la coscienza e non c'è cosa più democratica che rispettare la coscienza degli altri. Però un conto è questo, quindi non è responsabilità di nessuno se qui abbiamo una sensibilità che credo in democrazia vada rispettata, semmai dovremmo interrogarci su qualcos'altro, se cioè una legge può essere violata o messa a rischio o non attuata, perché si deve rispettare la coscienza. Ma questa è un'altra discussione. Ciò che noi stiamo facendo faticosamente, invece, è, nonostante questo, fare tutti gli accordi, cercare in qualche modo di fare protocolli anche d'intesa con medici per garantire, invece, quello che è un diritto previsto per legge dell'interruzione volontaria di gravidanza. Ed è quello che abbiamo fatto, stiamo facendo, anche se ovviamente faticosamente, perché siamo dentro una regione in cui forse è più alta la sensibilità rispetto a questo tema, e porta molti medici a diventare obiettori.

Questo un po' delle questioni, credo di aver dato, in maniera anche sommaria, Sindaco, le risposte alle vostre legittime rivendicazioni, alle legittime richieste. Ovviamente ribadendo un concetto che c'è un timore diffuso, comprensibile rispetto a ciò che sta avvenendo. Però la sanità non sfugge alle regole nazionali, il Servizio sociosanitario non sfugge a quelle che sono le dinamiche che derivano dal contesto nazionale, rispetto alle quali, ripeto, qualcuno può accusare qualcun altro, ma non cambiano le cose, perché la Regione Marche nonostante i tagli che ci sono stati ai trasporti, al sociale, alla sanità, è la Regione che, rispetto al sociale, pur avendo tagliato a livello nazionale, essendo stato tagliato completamente il fondo alla sanità, noi abbiamo cercato di mantenere tutte le risorse che avevamo e rendendoci conto che è difficile dare le stesse risposte di prima.

Anch'io vorrei, lo dico sempre, viaggiare, lo dicevo al Presidente della mia Provincia, mi piacerebbe viaggiare su strade asfaltate senza pericoli, senza frane, tuttavia mi rendo conto che i tagli che ci sono stati, ti impediscono di asfaltare e di mettere in sicurezza le

strade. La salute è la cosa più importante, ma anche sulla salute si è abbattuta la stessa sventura, forse anche in maniera più robusta, proprio perché il portafoglio è un po' più grande dei tagli che ovviamente ci sono stati, con i quali dobbiamo fare i conti. Le Marche hanno fatto i conti correttamente.

Se possiamo fare ancora discussioni come queste e dentro queste discussioni avere la possibilità, ciascuno dal proprio punto di vista, sorretto dalla propria sensibilità, se possiamo fare discussioni che comunque sia riguardano il futuro del sistema sanitario di questa città, come dell'intero territorio regionale, se possiamo fare questo, è perché abbiamo alle spalle un passato di riforme coraggiose che abbiamo portato avanti. Vi assicuro, altre Regioni, e sono sempre di meno, questo privilegio non se lo possono minimamente permettere. Ecco perché ben vengano i suggerimenti, ne faremo ovviamente tesoro e cercheremo di mantenere quegli impegni che stanno dentro al protocollo e che di fatto questo consesso serviva per ribadirli, ovviamente con l'impegno comune di portarli a compimento.

(Alle ore 18,30 esce il consigliere Pizzi – presenti 32)

PRESIDENTE. Grazie assessore Mezzolani.

CONSIGLIERE BERARDINELLI (Pdl). Grazie Presidente. Soltanto per chiedere all'assessore, io ho ascoltato con attenzione il suo intervento e capisco che le linee generali che lei ha enunciato, chiaramente fanno parte della visione complessiva della sanità, volevo sapere se era possibile prevedere non chiaramente la partecipazione dell'assessore, che non credo sia possibile, ma se era possibile invitare invece magari i tecnici, perciò parlo del Direttore Generale, del dottor Genga, del dottor Ciccarelli, se era possibile invitarli in Commissione per quella concertazione che hanno chiesto gli altri Comuni e che credo un territorio come quello di Ancona, i Comuni limitrofi che rappresenta penso oltre il dieci per cento del territorio marchigiano, se è possibile per approfondire i temi dal punto di vista tecnico, e per magari far uscire delle scelte più condivise rispetto a quelle che sono state prese fino adesso.

Dott. MEZZOLANI, Assessore regionale alla Sanità. Ti sei rivolto ai tecnici ovviamente, ma loro hanno bisogno del permesso dell'assessore? No, siamo perfettamente d'accordo. C'è il massimo della disponibilità, come stiamo dando, perché sta dentro il ragionamento che io facevo all'inizio. Noi abbiamo avuto un passaggio molto sofferto, soprattutto da parte degli amministratori locali, dei territori e anche degli operatori, perché abbiamo preso provvedimenti, e quindi atti deliberativi che sono stati percepiti, non c'era una volontà impositiva per dire: guardate, facciamo così. C'era solamente una necessità che quegli atti andavano presi con urgenza, altrimenti noi non avremmo potuto parlare di nulla. Però siccome il 2013 l'abbiamo scavallato, in virtù soprattutto di quei provvedimenti rapidi che abbiamo preso, oggi c'è il massimo della disponibilità a ragionare con tutti. Non solo per fare quelle cose che qui venivano rivendicate, ma anche per aggiornare, se necessario, i protocolli che abbiamo stipulato, perché il tempo va avanti, può darsi che ci sia la necessità di rivedere qualcosa e ragionare. Questo oggi lo possiamo fare in un dialogo con le nostre comunità. Questo per dire che c'è il massimo della disponibilità.

PRESIDENTE. Grazie assessore.

Colgo l'occasione per rappresentare a tutti i consiglieri, al pubblico presente, che quello che forse abbiamo sorvolato, ma qualcuno ha mirato bene, io l'ho colto precisamente, è che l'incontro di oggi, l'adunanza di oggi al cospetto di questa, passatemi questa licenza, questa sfilata di politici e di tecnici di profilo così elevato, è soltanto un inizio, è

un avvio di un percorso di dialogo costruttivo che questa comunità anconetana, rappresentata da questo Consiglio comunale, e non faccio puntualizzazioni tra maggioranza ed opposizione, questo Consiglio comunale vuole sicuramente avviare. Per cui, sono convinto che con il tratto a venire, e in altrettante sedi autorevoli, Commissioni consiliari e quant'altro, avremo occasione di interloquire in un rapporto molto costruttivo, anche aprendo ad altri attori della comunità anconetana. Oggi ho voluto impostare un primo incontro con le istituzioni per poi proseguire in altre tappe, sportivamente parlando, in altre mete per costruire tutti insieme un lavoro assolutamente positivo. Grazie ancora, assessore Mezzolani.

Proseguo con il dottor Piero Ciccarelli, direttore del Dipartimento salute Regione Marche.

Dott. CICCARELLI, Direttore Dipartimento Salute Regione Marche. Io rapidissimamente, perché l'assessore ha detto tutto quello che c'era da dire. Io mi sono appuntato soltanto un paio di risposte puntuali che sono all'interno di quello che l'assessore ha detto, ma che sono informazioni.

Il ruolo di *Villa Igea* in questa città è stato toccato. *Villa Igea* fino al 2009 era all'interno della programmazione dei Servizi sanitari regionali, nel senso aveva firmato gli accordi e i protocolli d'intesa, poi non ha firmato quello del 2010, da allora ha iniziato, credo non so quanti per numero contenziosi, e io da quando sono arrivato, ho ereditato. La notizia positiva è che *Villa Igea*, come tutte le strutture aderenti all'Aiop regionale, noi abbiamo una sanità privata multi specialistica di cui *Villa Igea* fa parte, molto piccola rispetto ad altre regioni, sia di destra che di sinistra indifferentemente, noi non so come siamo collocati, ma siamo una regione che ha pochissime strutture private multi specialistiche, siamo nell'ordine del sette per cento all'incirca nel costo, comunque dell'impegno, della spesa a livello regionale, abbiamo sottoscritto, con *Villa Igea* anche, ed è abbastanza storico come fatto, un protocollo d'intesa innovativo che sana le annualità pregresse e per l'anno 2013-2014 colloca questa struttura, al pari delle altre, all'interno di un processo di riorganizzazione che anche per le strutture private accreditate, vede due principi fondamentali che abbiamo adottato per il pubblico. Il rispetto della riduzione della frammentazione ospedaliera, e quindi la qualificazione di alcune strutture, tra cui *Villa Igea*, parte per l'attività per le acuzie e parte per la riabilitazione lungodegenza e cure intermedie. E l'impegno di questa struttura, come le altre, con progettualità aggiuntive, quindi con soldi che possiamo mettere a disposizione, come giustamente ha ricordato l'assessore, perché la premialità ci ha consentito di avere delle risorse aggiuntive che sono a disposizione, questa progettualità che riguarda tutte le strutture multi specialistiche consentirà di vedere *Villa Igea* all'interno di un percorso di contrasto alla mobilità passiva. Qualcuno ha parlato di mobilità attiva come valore, è un valore desueto, nel senso che oggi il decreto n. 118 di fatto la mobilità attiva ci sconsiglia di portarla avanti, mobilità attiva. Mentre invece è fondamentale il contrasto alla mobilità passiva. I quattrini dei cittadini marchigiani spese in strutture pubbliche o privati fuori regione, se siamo bravi e li riportiamo qui, su quelle nessuno ci dice niente, diamo occupazione alla nostra manodopera e facciamo un servizio utile ai cittadini, perché li riportiamo in casa.

Seconda situazione collegata con questa. Anzi, due, en passant. Nell'accordo specifico con il protocollo, è previsto il mantenimento della funzione per i disturbi alimentari dentro *Villa Igea*, e che quindi continuerà ad organizzarla, poi se modifica l'attuale organizzazione in funzione di linee guida che dobbiamo dare, e su questo siamo con qualche ritardo, ma anche in buona compagnia, sulla tipologia di servizio per i disturbi alimentari che come vanno classificati all'interno della riclassificazione degli accreditamenti, delle autorizzazioni e accreditamenti, però quando sarà, la notizia è che

il progetto speciale con cui venivano finanziati i posti letto dei disturbi alimentari restano all'interno di *Villa Igea*.

Abbiamo inserito nel protocollo, non volevano all'inizio, ma l'abbiamo mantenuto e forse adesso c'è un cambiamento di indirizzo, me lo auguro, la possibilità che *Villa Igea* intervenga anche per quello che riguarda il problema dell'interruzione di gravidanza. L'assessore ha ricordato che stiamo cercando dappertutto, non abbiamo problemi a fare convenzioni con la Mangiagalli di Milano, per quello che riguarda Ascoli Piceno, con colleghi non obiettori che troviamo tra Jesi e Fabriano ultimamente presi, se questa struttura, come noi abbiamo messo come disponibilità nel budget assegnato, ci dà questo tipo di disponibilità, è un altro passo per ovviare ad una criticità che pure è stata denunciata.

La seconda cosa, il discorso dei protocolli. I protocolli, la delibera n. 283, la n. 292 e la n. 293/2006 sono datate. Io penso che nella sede della Commissione tecnica il ragionamento debba partire da lì. Che cosa è stato fatto di quei protocolli e che cosa non è stato fatto, perché – dico una per tutte – il Salesi, quando si diceva che si sposterà, c'erano impegni per chi aveva sottoscritto all'epoca di costruire ex novo nell'area di Torrette una struttura adeguata, eccetera, ma c'era anche scritto quelli che erano gli impegni del Comune rispetto all'area residua che doveva rimanere. Dobbiamo rivederlo o meno, però c'è da vederlo.

L'altro aspetto importante invece, è stato citato il Poliambulatorio della Vittoria e l'avvio delle strutture nell'ex Umberto I. Qui l'assessore l'ha detto in maniera, non posso usare il termine democristiano, molto sfumata, problemi burocratici. Forse c'è qualcosa di più di qualche problema burocratico, perché lo stato dell'arte che noi abbiamo le risorse, il progetto è stato già fatto ed assegnato, non parte per una vicenda che dovrà essere risolta, ma che non dipende né dalla volontà del Servizio sanitario, né dalla volontà del Comune in questo caso. Anche lì, se in un tavolo tecnico riuscissimo a trovare il modo di superare questa impasse, che in questo caso non è economica, ma che i soldi, i progetti dell'assegnazione, l'individuazione della ditta che deve fare i lavori è già in essere, se e nella misura in cui superiamo questo scoglio che è lo scoglio vero rispetto al protocollo n. 1, che non riesce a farlo andare avanti, lì si risolvono una serie di problematiche, e a questo punto io dico che sono state fatte delle richieste, la Casa della salute e l'RSA aggiuntiva all'RP, eccetera, io dico che questo va inserito correttamente all'interno della programmazione regionale. C'era qualche consigliere che ha dubbi e fa bene ad avere dubbi, perché una mancata programmazione ventennale sul settore del sociosanitario rende chiunque autorizzato a dubitare che si faccia programmazione. È una scommessa per il Servizio sanitario. In questo momento sono attivi otto tavoli insieme, di cui tre con le associazioni di tutela dei disabili psichici, disabili in senso generale e anziani con tutte le associazioni, enti, eccetera. E altrettanti con le organizzazioni sindacali, in cui stiamo affrontando in maniera, una full immersion vera, le criticità di questo settore.

Non sappiamo con sicurezza qual è il fabbisogno, e lo stiamo riverificando e reiterando, e oggi i numeri che nel 2006 non erano stati dati, li abbiamo anche per la città di Ancona e anche pesati sulla popolazione, tarati sulla popolazione pesata per anzianità. Ci sono problemi sull'effettiva normativa con cui si inseriscono, però guardate, la possibilità che si arrivi entro giugno, io me lo auguro, ci sto lavorando, se non è giugno, non va più in là, per un motivo molto semplice, perché abbiamo impegnato, la Regione ha impegnato risorse del bilancio regionale nel cosiddetto fondo di solidarietà, e sono quattrini veri, e dobbiamo risolverlo, perché nel momento in cui finalmente ci siamo adeguati ad una normativa del 2001, la Regione è stata dichiarata adempiente nel 2013 per aver introdotto le quote di compartecipazione per alcune attività, cosa che non avveniva dal 2001. Decreto del 2001. Siamo adempienti, si crea un problema. I disabili in questa regione non compartecipavano, al contrario di quello che dice la norma

nazionale. Nel momento in cui si introduce questo principio, e se non lo introduciamo, ci avrebbero tolto il tre per cento del finanziamento, il che sarebbe stato un autogol, la Regione ha detto: una quota per i non abbienti in base all'ISEE, la metto io. Nel momento in cui dice "la metto io", siamo nella fase in cui la programmazione, in termini economici, di questo tipo di attività, è indispensabile. In questa logica, il fatto che la popolazione anconetana residente in Ancona sia più anziana rispetto ad altre, sarà tenuta presente negli ordini di priorità che stiamo condividendo anche con le organizzazioni sindacali e saranno alla base dell'attribuzione dei letti. Duecento letti di residenza protetta nel 2014 aggiuntivi; da zero a centocinquanta letti, da zero no, da uno a centocinquanta di residenzialità e semi residenzialità, a seconda della tipologia, cento letti di disabilità psichica da recuperare da fuori regione e – e lo dico, perché è stato chiesto – rispetto all'ADI non accadrà più nella regione Marche, quindi qui non è più un problema o di più o di meno, con il protocollo fino al 2014 l'impegno, ci sono 1.900.000,00 euro aggiuntivi, le cose che sto dicendo complessivamente comportano un investimento aggiuntivo extra budget grazie alle risorse regionali che si sono liberate complessivamente di più di 9 milioni di euro, la quota destinata a rendere coerente l'ADI in tutti i tredici Distretti della Regione Marche secondo un protocollo che è stato allegato addirittura alla delibera che veniva citata, la n. 149, che recepisce l'accordo fatto con le organizzazioni sindacali, c'è allegata una tabella con dettaglio che è presa da Agenas, quindi sono riferimenti di carattere nazionale, e l'impegno è nel 2014 tutti e tredici i Distretti saranno portati a livello massimo, e quindi omogeneo, di riferimento che ci dà l'Agenzia nazionale sanitaria, quindi è un riferimento per noi direi il più significativo possibile.

Per altre cose poi ci sono i colleghi che potranno rispondere. Soltanto il discorso sulla Casa della salute che io ho letto il documento, ho ascoltato, che mi sembra che la cosa importante sia stata data, l'assessore l'ha detto, ma lo voglio sottolineare, questa mattina abbiamo adottato, questa mattina la Giunta regionale ha adottato la delibera sulle Case della salute, perché chi ha letto la n. 735, è stata citata, quello era solo l'intervento sulla riorganizzazione dei tredici piccoli ospedali in una tipologia di Case della salute. Mancano due atti, uno è stato assunto stamattina, ed è la categorizzazione delle Case della salute, che chiameremo Casa della salute per l'erogazione delle cure primarie di tipo A, Casa della salute per l'erogazione delle cure primarie e della residenzialità, tipo B, e Case della salute tout court che sono la trasformazione, tipo C, che sono la trasformazione dei tredici piccoli ospedali. Entro questa categorizzazione che oggi finalmente esiste, il secondo atto su cui stiamo lavorando, nel giro di due settimane dovremmo portarla in Giunta, è la definizione delle cosiddette "cure intermedie" su cui c'è qualche confusione. Io oggi non voglio entrare nel merito, ci sarà un atto deliberativo che definirà con precisione e completerà quello che giustamente è stato richiamato, quali sono gli standard assistenziali. Attenzione, non saranno difformi o diversi, saranno specificati, però, rispetto a due delibere che non sono state citate, che sono molto importanti, la n. 1011 e la n. 1195, che hanno riclassificato tutte le strutture residenziali sul versante anziani, disabilità psichica, dipendenza e disabilità fisica. Quindi questi sono gli atti sui quali si potrà poi andare concretamente ad organizzare quelle che sono le risposte residenziali e territoriali che questa comunità chiede, però collocate all'interno di una riprogrammazione. L'impegno è entro il mese di giugno fare il modello, la proposta che poi ovviamente dovrà fare un confronto con tutte le comunità interessate.

PRESIDENTE. Grazie dottor Ciccarelli per le sue precisazioni. La ringrazio veramente per il suo contributo.

Proseguiamo con gli interventi. Dottor Gianni Genga, direttore dell'Asur Marche. Prego.

Dott. GENGA, Direttore Asur Marche. Buonasera. Come Direzione Asur alcuni spunti sintetici che riprendono alcuni passaggi dei tanti che sono stati fatti questo pomeriggio in quest'aula. Naturalmente siamo impegnati in un contesto di continuità, a proseguire nel percorso di riordino che è stato delineato dalla nostra Regione, a cui tutti abbiamo partecipato, la cui sintesi è rappresentata dalle due delibere di Giunta (n. 735, n. 1345), per cercare in tempi brevi di ridare ancor più solidità a tutto questo passaggio che nel frattempo si è sviluppato, che ha comportato un grandissimo impegno da parte delle varie componenti istituzionali, tecniche, sindacali, associative e così via. È stato un periodo estremamente denso di confronti e di impegni per cercare di definire al meglio questo percorso di riordino, che naturalmente riguarda tutto il territorio regionale, quindi riguarda anche questo contesto.

Come è stato detto, recentemente si sono conclusi alcuni passaggi fondamentali anche di questo confronto, noi oggi siamo nelle condizioni di poter riavviare questo percorso anche con alcune riorganizzazioni che abbiamo anche recentemente completato. Io ne dico una per tutti che riguarda anche questo territorio, la ridefinizione dei livelli distrettuali. Dal 1 febbraio siamo passati al Distretto unico qua nella ex zona 7, per cui con il nuovo direttore di Distretto, la dottoressa Patrizia Balzani, è partito un percorso di revisione di tutto l'ambito territoriale che ci permetterà, anche in maniera più significativa, di entrare nel merito delle varie problematiche che sono state anche questa sera indicate in un contesto anche di maggiore coesione, maggiore coerenza di sistema. Questo è un territorio che ha una sua storia, che ha una sua importantissima storia, come tutte le storie del nostro territorio regionale, anche nel suo specifico ha delle situazioni da recuperare anche in un contesto di maggiore omogeneità. Il Distretto unico credo che, sotto questo punto di vista, sarà una grande opportunità.

Poi chiaramente alcune problematiche che sono state citate anche questa sera, ci sono, di alcune di queste è stato già fatto cenno, io ne dico un paio su tutte. La problematica che purtroppo ci troviamo ad affrontare, che è quella che riguarda i lavori, il padiglione 1 e 2 dell'ex Umberto I che ci obbliga a rivedere, quantomeno momentaneamente, una parte di quelle progettualità. Rispetto a quei 12 milioni di investimenti, che comunque sono in bilancio che, una volta si riuscirà a sbloccare questa situazione, permetteranno di portare avanti quell'opera, noi stiamo approfondendo tra di noi la necessità di rivedere un aspetto, alcuni punti, alcuni passaggi di quell'accordo per riprogettarlo da qualche altra parte. Mi riferisco al discorso delle Case della salute – ne è stato accennato – mi riferisco anche alla ricollocazione di una parte della specialistica, e mi riferisco ad altre situazioni. Stiamo con la dottoressa Balzani, naturalmente con la Direzione dell'Area Vasta 2 pensando anche di rivedere alcuni passaggi riguardo alcune situazioni che abbiamo all'interno dell'ex CRASS per poter, nel giro di un tempo abbastanza breve, quantomeno alcune situazioni ripensarle all'interno di questa struttura. Anche perché i tempi che abbiamo di fronte riguardo i due padiglioni, sono purtroppo lunghi ad oggi, sono collegati alla risoluzione di questa problematica.

Poi, come diceva il dottor Ciccarelli, ci sono opportunità che si stanno concretizzando anche alla luce degli accordi che sono stati siglati. Certamente Ancona come distretto, come area metropolitana, alcune problematiche le ha. Io ne cito alcune problematiche territoriali, effettivamente mi riferisco all'ADI, mi riferisco ad alcune problematiche del DSM, mi riferisco ad alcune altre situazioni.

Sull'area ha detto il dottor Ciccarelli. Noi adesso abbiamo la possibilità di riprogettare questo servizio in un contesto di miglioramento, perché abbiamo l'opportunità di avere delle risorse. Ancona ha una situazione su questo da migliorare. Con la Direzione dell'Area Vasta 2 ci stiamo già lavorando, credo che entro quest'anno alcune situazioni saremo in grado di portarle a miglioramento.

Sul discorso del DSM sono state dette varie cose, io faccio un cenno. Fra i lavori che si stanno completando, c'è anche quello relativo all'assetto delle reti cliniche, questo porterà dietro anche la revisione degli incarichi. Quindi completata questa fase, saremo in grado anche, la Direzione dell'Area Vasta 2 sarà anche in grado di rivedere gli incarichi e quindi anche di ridare maggiore solidità a tutta la struttura dirigenziale, che impatterà anche in questo settore qua ad Ancona.

Vado velocemente alla conclusione, anche perché poi ci possono essere altri spunti. Una situazione, una dimensione sulla quale dobbiamo, per la mia parte, credo migliorare, e sulla quale spesso i cittadini impattano come complessità, è il miglioramento di tutti i collegamenti che insistono fra le varie dimensioni di questo territorio. Probabilmente Ancona paga, rispetto ad altre situazioni regionali, una maggiore complessità legata al fatto che ha due aziende, l'INRCA, certamente l'azienda regionale, la più grande azienda, l'Asur e quindi una situazione che dobbiamo, come dicevo, rivedere, con tutto il sistema dei percorsi che si snodano tra queste dimensioni territoriali. Come Asur ci stiamo già lavorando, grazie anche qua alla ridefinizione degli ambiti distrettuali, perché probabilmente il cittadino spesso incappa in una complessità, che quando va oltre determinati limiti, poi si traduce in qualcosa di estremamente complicato per loro.

Per chiudere, faccio un cenno ad un altro aspetto che riguarda sempre il riassetto. Noi siamo anche impegnati, per quanto riguarda l'ex CRASS, a portare avanti la rivalorizzazione del patrimonio attraverso anche la rimessa al centro del nostro lavoro, la riqualificazione di alcuni immobili, di alcune porzioni di immobili che ci potranno consentire anche il trasferimento della sede dell'Asur. Questo è un progetto che è in cantiere da tempo, è una situazione che dobbiamo portare avanti, anche perché ci permetterà di recuperare ulteriormente l'immenso patrimonio che credo sia un patrimonio, sì, della città di Ancona, ma di tutto il sistema regionale. Grazie.

(Alle ore 19,20 entra il consigliere Pizzi – presenti 33)

PRESIDENTE. Grazie a lei, dottor Genga, direttore Asur Marche.
È la volta del direttore Area Vasta 2 di Ancona, dottor Giovanni Stroppa. Prego.

Dott. STROPPA, *Direttore Area Vasta 2 di Ancona.* Buonasera a tutti. Io sarò breve veramente, nel senso che quanto detto precedentemente, ma anche dal dottor Genga, è quanto in qualche modo abbiamo coordinato e l'impegno che ci stiamo prendendo insieme. Io voglio soltanto fare una puntualizzazione. Siccome è venuta fuori la possibilità, e quindi questo è un punto di partenza su cui lavorare e su cui confrontarsi, mi renderò da oggi disponibile, lo stiamo facendo all'interno con i nostri professionisti e se dobbiamo farlo anche insieme, e secondo me è un'ottima cosa avere dei tavoli tecnici dove in qualche modo dovremmo andare a verificare i protocolli, aggiornarli, confrontarci, io quello che posso dare, al di là delle cose che sono state dette, sulle quali chiaramente siamo perfettamente d'accordo e sulle quali non solo mi rendo, perché è da due mesi che sono direttore dell'Area Vasta 2, ma non tutti sanno, ma comunque circa due anni fa ero direttore della zona 7 di Ancona, quindi certe problematiche le ho vissute sulla pelle, le conosco bene, con la dottoressa Balzani, con le quali, come giustamente e con tutti gli altri professionisti stiamo rivedendo in funzione di un Distretto unico che ha chiaramente delle priorità diverse rispetto a quelle che in qualche modo, quindi in qualche modo anche di riequilibrio, quelle che in qualche modo c'erano fino a poco tempo fa, stiamo proprio lavorando su questo, abbiamo dei tavoli aperti con le organizzazioni sindacali, con le quali sono stati firmati dei protocolli, sui quali i nostri Distretti stanno lavorando.

Io ritengo che su questo certe risposte verranno, dovranno venire, mi sembra che quello che è stato detto precedentemente, va proprio nella direzione di poter anche, ed è una

cosa importante, secondo me, se nei prossimi tre anni cerchiamo di rimodulare e trovare le risorse per trovare la possibilità di avere una Casa della salute all'interno della città di Ancona, vi assicuro che nessuno come me si rende conto quanto questo sia importante, quanto su questo ci si possa lavorare.

Quindi io vi dico, farò di tutto, siccome poi la gestione concretamente, per quanto di mia competenza, mi spetterà per mettere in pratica, e quindi fare poche chiacchiere, ma molti fatti, quindi lavorare insieme sul mettere in pratica gli impegni che a questi tavoli tecnici vorremmo in qualche modo andarci e sui quali vorremmo indirizzarci.

Io non credo che sia necessario dire di più, a meno che non ci siano cose specifiche, e vi ringrazio, eventualmente vi anticipo della disponibilità a poterci confrontare su tutto quello che abbiamo messo sul tappeto. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, dottor Stroppa, direttore Area Vasta 2 di Ancona. La ringrazio davvero.

Il prossimo turno, il Direttore Generale Ospedali Riuniti di Ancona, dottor Paolo Galassi.

Dott. GALASSI, Direttore Generale Ospedali Riuniti di Ancona. Parliamo dell'ospedale di Ancona. Buonasera, grazie al Presidente, al Sindaco, a tutto il Consiglio comunale e al pubblico che vedo ancora paziente e numeroso.

L'occasione è propizia, anche se l'ora è tarda, però l'argomento è quanto mai pregnante e importante parlare nel consesso comunale della città di Ancona, dell'Azienda ospedaliera universitaria di Torrette. Partendo dalla definizione dell'azienda, si possono dare tutte le risposte avanzate dagli interventi dei capigruppo del Consiglio comunale, dei relatori della mozione unitaria, perché la risposta non è da parte nostra politica, la risposta deve essere tecnica.

L'Azienda ospedaliera universitaria, come tutte le omologhe presenti sul territorio nazionale, nelle Marche insiste solo quella di Torrette, Ancona, si caratterizza per degli aspetti precipi che non trova uguali in Aziende ospedaliere non universitarie. Perché questa puntualizzazione? Nel momento in cui è presente una facoltà di medicina e chirurgia dentro un plesso ospedaliero, cambia completamente la configurazione giuridica e assistenziale di quel plesso ospedaliero.

Scusate, ma debbo citare qualche norma. Le Aziende ospedaliere universitarie sono state istituite in alternativa ai cosiddetti Policlinici, che noi tutti conosciamo, uno per tutti il Policlinico Umberto I di Roma, per favorire l'integrazione fra l'assistenza, la ricerca e la didattica. Non pensiate che quello che vi sto dicendo, sia un excursus storico della nascita di un'Azienda ospedaliera universitaria, ma quello che vi sto dicendo, è per dare la prima risposta chiara, precisa e tecnica se i ricoveri a bassa complessità, o come meglio voi e i giornali hanno riportato, i piccoli interventi, possano o debbano rimanere nell'ambito...

La facoltà di medicina per le scuole di specializzazione, per la loro stessa esistenza in base alla normativa del Ministero dell'Università e della Ricerca, debbono poter svolgere attività a tutti i livelli. Ora, per convenzione, non è scritto da nessuna parte, ma le convenzioni di chi gestisce Aziende ospedaliere universitarie o Aziende ospedaliere in genere, l'alta complessità è definita tale, quando il peso medio del DRG prodotto supera l'1,5. La vasta complessità, quando è maggiore di uno, è sotto l'1,5. La bassa complessità quando è sotto l'uno. Ora permettete una digressione, che cos'è il peso medio di un DRG? Che significa, che rappresenta e a cosa serve? È uno strumento oggettivo che deriva da un sistema di misurazione introdotto vent'anni e più mi sembra, forse anche di più, un sistema americano per valutare la qualità dell'assistenza offerta. Normalmente c'è un passaparola per valutare la qualità di un medico, di una struttura.

Per noi invece, che facciamo direzione tecnica, le valutiamo con il peso medio del DRG. Cioè qual è la qualità espressa da una struttura, da un ospedale.

La facoltà di medicina non è che deve insegnare ai nostri studenti della facoltà, dell'Università Politecnica delle Marche solo a fare i trapianti o i trapianti di midollo osseo o la cardiocirurgia adulta e pediatrica, o la chirurgia robotica che abbiamo introdotto proprio dal mese di gennaio, ma deve poter insegnare dagli interventi più elementari a trattare le patologie più basilari fino alle patologie più complesse di alta e altissima specialità. Pertanto quando, io intervengo pochissimo sui giornali, proprio quando non ne posso fare a meno, il mio lavoro e il lavoro dei miei collaboratori è quello tecnico di gestire un'Azienda ospedaliera universitaria, però quando leggo delle affermazioni che nessuno mai ha avuto modo di proporre, cioè che i piccoli interventi, i ricoveri a bassa complessità dovrebbero migrare e migrando i ricoveri, migrano anche i cittadini di Ancona come fosse una diaspora, di memoria lontana che riguarda il popolo ebraico, non è mai – dico mai – passato per la mente di questa Direzione portare i cittadini di Ancona a Senigallia o a Jesi.

Che cosa posso dire in più? Che – e questo voglio che sia chiaro, lo dico lentamente a chiare note – però, signori e signore, siccome la nostra è un'Azienda ospedaliera universitaria e assume il carattere di ente regionale, questa è la definizione che dà tutta la legislazione regionale e successive delibere attuative, enti del servizio sanitario, la nostra è un ente a carattere regionale, quindi a servizio di tutti i cittadini della regione, e non solo, noi abbiamo un tasso di mobilità attiva in generale, cioè i cittadini extra regione che si recano per le cure nell'Azienda ospedaliera di Ancona del dodici, tredici per cento? La cifra è quella, grosso modo. Ebbene, possono esserci dei cittadini regionali che chiedono all'Azienda ospedaliera, alle sue strutture gestionali di poter essere operati magari in interventi a bassa complessità in altre strutture del Servizio sanitario regionale. E allora perché dobbiamo negarlo, come Azienda ospedaliera universitaria? Adesso vi sto facendo un discorso di carattere non gestionale, un discorso di politica sanitaria di un Direttore Generale. Però poi scenderemo con i numeri, come è mia consuetudine, perché i numeri sono inconfutabili, per far capire il perché abbiamo firmato una convenzione con l'Area Vasta 2, nell'ambito dell'Asur della Regione Marche, per permettere ai cittadini e alla Regione Marche di poter avere delle prestazioni di carattere sanitario anche negli ospedali, i cosiddetti piccoli ospedali nell'hinterland di Ancona. Quindi questa è la verità sulla politica gestionale dell'Azienda ospedaliera universitaria.

A questo punto, si inserisce nel contesto gestionale la pausa, l'interruzione nel percorso di costruzione del nuovo ospedale INRCA Osimo, che nelle finalità del legislatore regionale doveva assumere la caratteristica non solo di un istituto a carattere scientifico deputato all'assistenza, alla ricerca degli anziani, ma doveva assumere anche la caratteristica di adiuvante nei confronti dell'Azienda ospedaliera le Torrette per i cittadini di Ancona. Perché io sono il primo a dirlo, anche se non sono cittadino di Ancona, ma sono dieci anni che lavoro nel contesto urbano di Ancona, nella sanità anconetana, effettivamente gli anconetani hanno delle eccellenze nell'assistenza ospedaliera, ma sono estremamente carenti nell'assistenza di base ADI, RSA, residenze protette, lungodegenze, hospice. È questo che manca alla città di Ancona. Non è che manca l'assistenza ospedaliera, o l'emergenza, l'assistenza in emergenza.

Ora, tornando alla definizione di Azienda ospedaliera universitaria, con le declaratorie che abbiamo detto, assistenza, didattica, ricerca, quindi abbiamo già depurato il campo, sgombrato il tavolo di confronto dal fatto che i cittadini di Ancona debbano recarsi fuori Ancona per poter, soprattutto gli anziani, non è che uno fa l'intervento sotto casa, perché ha l'ospedale attaccato a casa, noi sappiamo che la migrazione sanitaria, quando c'è bisogno, quando qualche professionista non è in grado di assurgere a quegli indicatori che l'Agenas, cioè l'Agenzia nazionale sanitaria del Ministero della Salute, ha

posto come condizioni essenziali per il permanere di quella specialità medica e chirurgica nell'ambito di un ospedale, ebbene, la migrazione sanitaria c'è sempre stata, ci sarà sempre, e sarà dettata da principi che sono prettamente soggettivi. Solo adesso i cittadini italiani, grazie al lavoro che stanno facendo le Regioni del centro-nord, si stanno accorgendo che la qualità sanitaria non è più soggettiva, ma assurge a dei caratteri di oggettività.

Ebbene, che cosa è successo? Che l'INRCA, il progetto dell'INRCA è stato fermato in sede di Magistratura amministrativa, pertanto le intenzioni espresse nell'ultimo piano sociosanitario regionale e negli atti attuativi del piano sociosanitario, quali intenzioni? Quelle di sviluppare ancora di più di quello che siamo riusciti a fare in questi ultimi anni, l'alta specialità su Torrette, eliminandola limitatamente a quello che è possibile, perché, come dicevo all'inizio, non è possibile liberare del tutto Torrette dall'effettuazione di tutte le tipologie di interventi, sia media che bassa complessità, perché sono strettamente legate all'insegnamento della facoltà di medicina. Quindi da Torrette non uscirà mai una percentuale, ovviamente da stabilire in accordo con l'Università, che non possa garantire l'effettuazione dell'insegnamento, perché ne varrebbe dell'esistenza stessa della facoltà di medicina e delle scuole di specializzazione. Siccome il percorso di costruzione del nuovo INRCA ha subito questo stop, è impensabile che una Direzione Generale sanitaria, che in genere è tecnica, possano accelerare nella chiusura dell'accesso ai cittadini di Ancona nelle prestazioni di carattere a bassa complessità. Solamente una persona che non conosce l'epidemiologia, il successivo passo dall'epidemiologia alla programmazione sanitaria e dalla programmazione sanitaria all'offerta di servizi. Quello che noi non è che siamo liberi come direzioni strategiche aziendali di poter programmare un'attività sanitaria a nostro piacimento, dobbiamo rispettare i vincoli che ci vengono dati dal legislatore e dall'organo per eccellenza della Regione Marche di carattere amministrativo, che è la Giunta regionale. I vincoli che ci sono stati dati di carattere legislativo e amministrativo, sono quelli di liberare risorse spostando la bassa complessità nell'azienda anconetana che dovrà essere costruita, per far sviluppare al massimo l'alta specialità con investimento in attrezzature sempre più all'avanguardia e con l'acquisizione di risorse umane che permettano la crescita professionale di tutto l'apparato dirigenziale dell'Azienda ospedaliera universitaria. Questa è la politica gestionale e sanitaria generale dell'Azienda ospedaliera di Torrette. Quindi il presupposto è venuto meno. Finché il presupposto è venuto meno, non si può, e questo lo sottolineo e lo ribadisco, non si può procedere alla chiusura di Torrette per i cittadini anconetani per l'effettuazione di qualsiasi tipo di prestazione. Ciò nonostante, avendo noi stipulato convenzioni, ne stipuliamo tantissime, sia per le piccole complessità, vi porto un esempio per farvi capire come sta sviluppando Torrette nell'alta specialità, ci siamo recati con il direttore sanitario e due professionisti dell'Azienda ospedaliera all'ospedale Niguarda di Milano, abbiamo incontrato la Direzione strategica di quell'ospedale e abbiamo fatto un accordo, storico, per la città di Ancona, perché dobbiamo essere orgogliosi della nostra Azienda ospedaliera universitaria, per la qualità che esprime, con il Niguarda di Milano per effettuare i primi, veramente tutti dicono quando andiamo in giro per i convegni e consessi, la nostra azienda è la prima, la nostra regione è la prima, però noi lavoriamo solo con dati oggettivi. Noi saremo i primi, insieme al Niguarda di Milano, a poter introdurre nel panorama della sanità italiana il trapianto di isole pancreatiche sotto cute, per la guarigione completa dei malati portatori di diabete grave. Sempre in questo accordo abbiamo raggiunto l'opportunità, abbiamo pensato di raggiungere l'opportunità di introdurre altro sistema, sempre per i malati diabetici, per la cura delle gravi ferite diabetiche con un progetto europeo che voi tutti conoscerete, che si chiama "Horizon 2020", in cui partecipano in tutta Europa tre aziende, il Niguarda, Torrette e, pensate, un ospedale israeliano che aderisce al progetto "Horizon

2020". Questa è l'alta specialità che ci ha dato come mandato la legge regionale e gli amministratori regionali. Noi siamo meri esecutori, la nostra capacità sta nel saper guardare oltre il confine regionale per reperire e portare su Ancona, perché l'Azienda ospedaliera pur essendo regionale, insiste su Ancona, è nata su Ancona, voluta in un determinato periodo storico e noi non faremo certamente la parte di quelli che tolgono la caratteristica anconetana dell'Azienda ospedaliera universitaria. Se noi allarghiamo i confini, la portiamo a guardare oltre i confini della regione Marche, perché altrimenti subiremmo un'involuzione. Qui ci stanno diversi medici presenti, quindi quando la genetica consanguinea si accoppia, c'è un'involuzione della genetica stessa. Noi andiamo cercando risorse nuove, orizzonti nuovi per la nostra Azienda ospedaliera universitaria.

Da ultimo, un progetto concreto, forse l'avrete letto sui giornali, per la prima volta al reparto pediatrico, al Salesi, la cardiocirurgia pediatrica che insiste però su Torrette, ecco un'altra anomalia, ve la cito en passant, senza che leggo gli appunti, perché questo è il nostro lavoro, quindi conosciamo perfettamente tutti i dati, conosciamo perfettamente tutte le situazioni che quotidianamente affrontiamo, ebbene, la nostra cardiocirurgia pediatrica è stata promotrice, la nostra Direzione, diciamo apertamente, è stata promotrice di un accesso al prossimo bando europeo per il reperimento di fondi per portare la cardiocirurgia pediatrica di Ancona nella macroregione adriatico-ionica. Ci sono stati molti anconetani che hanno lavorato su questo fronte, penso ai rappresentanti del Rotary, penso al Presidente della V Commissione, Busilacchi, penso a vari consiglieri regionali e a tutto il mio staff e a tutti i miei chirurghi che hanno fatto sì che si realizzasse questo progetto.

Ora il progetto abbiamo chiesto, pensate, uno sviluppo di cinque anni di questo progetto di cardiocirurgia pediatrica che oltrepassa il mare, Ancona che si proietta in mezzo al mare, vista anche la configurazione naturale del promontorio anconetano, abbiamo chiesto la bellezza, e penso che l'avremo, salvo vedremo riduzioni, di 12 milioni di euro che verranno investiti in che cosa? In un sistema hub e spoke, che questa volta supera i confini regionali, perché noi guardiamo anche oltre, dobbiamo guardare anche oltre e porta la cardiocirurgia pediatrica ad essere emulata, oppure vogliamo dire copiata, sia come attrezzature, sia come qualità professionali negli Stati membri della regione macro adriatico-ionica che va all'Abruzzo, che va al Molise, che hanno già aderito, e dall'altra parte abbiamo Grecia, Montenegro, Albania, Kosovo e Serbia.

Vedete, il lavoro che stiamo facendo, quindi, è quello della massima qualificazione tecnica e professionale dell'Azienda ospedaliera universitaria. La risposta sulle piccole patologie, piccoli interventi l'ho già data. E mi torna un pensiero caro, permettetemi una digressione, perché ormai sono dieci anni che lavoro in sanità su Ancona. L'ingegner Tombolini prima parlava di Ancona capoluogo, adesso vorrei introdurre il concetto di Ancona capoluogo di regione Marche, e come si collega alla sanità. Però prima di dirvi come si collega alla sanità il concetto di Ancona capoluogo, in questa sede del Consiglio comunale vedo tanti giovani, io ho qualche anno in più, vedo tanti giovani che lavoriamo in sanità e in questo consesso comunale, forse non proprio in quest'aula, forse era la vecchia aula, lavorava insieme a voi, e carissimo amico, Pietro Tombolini che ha lasciato un segno indelebile sulla città di Ancona e con il quale noi, parlo noi al plurale, io e la dottoressa Storti, ci rapportavamo non dico quotidianamente, ma settimanalmente, per il miglioramento qualitativo assistenziale dell'Azienda ospedaliera universitaria di Ancona.

Scusate per questa digressione di carattere affettivo, ma in questo consesso non potevo fare a meno di ricordare un personaggio importante per la nostra città, perché ormai dopo dieci anni considero anch'io Ancona la mia città.

Ebbene, ritorniamo ad Ancona capoluogo. Il Presidente della V Commissione, Busilacchi, è stato il promotore della legge n. 31/2013 che ha aperto le "prospettive e

strategie”, questo è il titolo della legge regionale, di Ancona capoluogo. Il 28 marzo ci siamo riuniti nella vecchia sede del consesso comunale, invitati da una manifestazione del Pd, in cui ci siamo trovati a parlare il rettore, il professor Longhi, il Sindaco Mancinelli, io come Sanità e poi è intervenuta anche l’Autorità portuale.

La sanità di Ancona capoluogo. Ancona, i discorsi che ho sentito dagli interventi dei consiglieri hanno fatto sì di rivendicare la anconetinità dell’ospedale anconetano, ma questo, come dicevo all’inizio, non verrà mai toccato. Significa andare contro lo spirito, la ratio del perché esiste l’ospedale di Ancona. Non lo chiamo più Azienda ospedaliera universitaria. Però, attenzione, il fatto che Ancona sia capoluogo, che è stata promulgata una legge sul BUR, sulla Gazzetta Ufficiale che vede Ancona come sviluppo a favore di tutto il resto della comunità, fa sì che Torrette, adesso per la prima volta introduco un nuovo nome, Salesi, e scenderò nei particolari, sia il riferimento per tutti i non anconetani. Sviluppando la sanità anconetana nel senso voluto dalla legge n. 31/2013, si dà un servizio agli anconetani, ma si dà un servizio ai marchigiani e si dà un servizio a quel dodici, tredici per cento dei nostri ricoveri che provengono dalle altre regioni. E non pensate che la migrazione sanitaria sia, come è stato detto qui, ormai i dati sono cambiati, sia solo provenienti dalle regioni del centro-sud. Ormai la migrazione sanitaria si rivolge ad ovest, si rivolge al nord. Pensate che un intervento difficilissimo al fegato effettuato dal nostro trapiantologo, il professor Vivarelli che voi tutti perlomeno conoscete di fama, è stato effettuato, tra i primissimi in Italia, su un paziente della Lombardia che, attratto dalla qualità professionale del professor Vivarelli, ha fatto una migrazione dal nord verso il centro. Ora, prima di parlarvi del Salesi, spero di essere stato chiaro fino adesso, parlando dell’Azienda ospedaliera universitaria, sto scendendo nella...

(Intervento fuori microfono)

Chiedono di sintetizzare, però l’argomento è troppo importante, non può essere sintetizzato in mezz’ora o poco più. Per far capire che cos’è l’Azienda ospedaliera universitaria, il perché le piccole patologie non possono essere spostate dall’Azienda ospedaliera universitaria, perché abbiamo deciso di spostare il Salesi? Entriamo nei particolari, che per un certo verso prescinde anche dalla progettazione del nuovo Salesi. Nessuno mai di noi lo farà, però a tutela delle istituzioni, Sindaco, ci sono dei percorsi voluti dalle norme, ne cito una per tutte, il decreto legislativo n. 81 che sicuramente gli amministratori conoscono, che parla di sicurezza dei lavoratori, nel caso di un complesso ospedaliero non c’è solo la sicurezza dei lavoratori, ma c’è anche la sicurezza dei degenti, in questo caso parliamo di piccoli degenti, necessita il trasferimento immediato in un complesso, in cui il decreto legislativo n. 81 è rispettato appieno.

Adesso vado a scendere nei particolari. Vi do un dato prima di carattere statistico. Nel complesso sull’Azienda ospedaliera universitaria vengono effettuati nell’anno 2013 48.168 ricoveri, cioè ogni anno una popolazione come mezza Ancona entra nella nostra struttura ospedaliera. Di questi quarantottomila ricoveri, il diciassette per cento rientra nella cosiddetta alta complessità, quella che prima dicevamo avere un peso medio, cioè una qualità superiore all’1,5. Il ventidue per cento di questo quarantottomila rientra nella media complessità. E pensate, questo è un numero che penso vi sbalordirà, perché il venticinque per cento rientra nella bassa complessità. Cioè noi facciamo più ricoveri a bassa complessità rispetto a quelli ad alta complessità. Quindi quando si legge che a Torrette non si fa più la bassa complessità, è un sentito dire, è un passaparola di qualche persona che forse ha la lingua troppo lunga e non ragiona con i numeri. Ma questi sono dati oggettivi che vengono dalle fonti Istat dell’Agenzia regionale sanitaria che sono inconfutabili. E questo è un numero che volevo darvi, in maniera che una volta per tutte

si cancella questa idea che in questi giorni nei vostri consessi politici, e ancor più sui giornali, è stata sempre battuta, ribaltata e ribattuta. E vi do numeri precisi, proprio tirati fuori dal nostro sistema informativo, di quanti piccoli interventi sono stati fatti sugli ospedali limitrofi e di quanti di questi piccoli interventi hanno interessato cittadini anconetani che volontariamente, normalmente non solo anziani, hanno scelto di recarsi in dei piccoli ospedali per essere operati dai medesimi medici che abbiamo a Torrette. La senologia. Nel 2013 sono stati effettuati duecentoquattordici interventi al seno per le donne, di questi duecentoquattordici interventi al seno, solamente trenta cittadini di Ancona si sono recati su Loreto. Questo ve lo dico, perché sia chiaro che non possiamo limitare l'accesso ai piccoli ospedali degli altri cittadini marchigiani, significa che centottantaquattro cittadini non anconetani hanno scelto di recarsi nei presidi limitrofi per mille motivi soggettivi, perché non è che viene imposto di recarsi a Loreto o Osimo, noi non abbiamo nessun rapporto con Senigallia e Jesi, così lo dico per la seconda volta. La dermatologia. Piccoli interventi alla pelle che non viene effettuata su Torrette, noi diamo la possibilità di effettuarli in questi due presidi, in particolare su Loreto, sono stati fatti pochissimi a livello sperimentale, perché poi bisogna valutare l'idoneità delle sale operatorie, bisogna valutare quello che viene chiamato il post intervento, se l'assistenza infermieristica è idonea in loco a saper trattare poi il post intervento di quella determinata patologia che, per quanto possa essere semplice, per la nostra esperienza un intervento non è mai semplice.

Mi dicono di chiudere, Valeria, il Salesi, adesso io non dirò nei minimi particolari, vado sui grandi particolari, se vuoi, io sono disposto a tornare in Consiglio comunale, però chiami solo a me, in maniera che evitiamo tutte le lungaggini. Salto la parte del carattere gestionale che serviva a far capire il perché avvengono certe scelte di carattere di politica gestionale, sanitaria.

Ho due prospetti che volevo illustrarvi, un attimo solo perché dovevo parlare due ore, quindi un attimo di pazienza che sto cercando il foglio. Per spiegare quello che funziona su un'Azienda ospedaliera universitaria, non è che si può fare in meno. Per adesso do il motivo, scusate, un attimo di attenzione, perché quello che vi dico adesso è pregnante e sgombra il campo dal perché il presidio, perché tale è, è rimasto un presidio, nessuno ha mai cancellato la valenza giuridica di un presidio, non possa essere collocato in un corpo unico dell'ospedale Torrette. Questo poteva essere fatto quindici anni, vent'anni fa, quando fu trasferito il Lancisi e quindi la progettazione poteva prevedere il collocamento su un blocco unico da cielo a terra. Praticamente il corpo A dell'ospedale, cioè due parole di promessa, scusatemi, ma non si può parlare di sanità a spot, parlare di sanità è argomento difficilissimo ed è bello anche spiegarla la sanità. L'aspetto strutturale di un ospedale, la parte importante non sono le opere murarie, cioè le mura che costruiscono l'ospedale, la parte difficile, più costosa è l'impiantistica. Adesso vi dico i motivi per cui il Salesi non può essere collocato in un corpo unico, tanto per capirsi, come il Lancisi. Andava fatto quindici anni fa. Nel corpo A insiste la Divisione di rianimazione, quindi non può essere spostata, perché per chi è medico, per chi conosce la tipologia degli impianti di rianimazione, spostarla significa milioni e milioni di euro. Il corpo B è un corpo centrale di collegamento privo di aree di degenza, non è dedicato alla degenza ospedaliera. Il corpo C insiste la clinica di ematologia con un'impiantistica specifica per quanto riguarda la depurazione delle acque costosissima, quindi non può essere buttata via per ricostruirla da un'altra parte. Il corpo E è dedicato a dei laboratori come la virologia, l'anatomia patologica, la Medicina Legale, è tutta strutturata in funzione dei laboratori. Il corpo L c'è la psichiatria e quindi con dei sistemi di sicurezza particolari per i degenti. Il corpo N insiste la dialisi, la nefrologia e quindi un altro reparto ad alto contenuto impiantistico costosissimo. Il corpo R, la terapia intensiva del Lancisi, e non è possibile spostarlo il Lancisi per metterci il Salesi. Il corpo S caratterizzato dal pronto soccorso. Spostare il pronto soccorso, significa

annullare Torrette. Il corpo T e così via. Tutti i corpi in questi quindici anni, da quando è stato progettato Torrette, sono caratterizzati da un'alta presenza di tecnologia impiantistica che spostarla, è quanto mai assurdo.

Allora che cosa si è pensato? Adesso vengo al dunque sul Salesi. Dopo varie ipotesi, la Direzione strategica ha trovato una soluzione, e ripeto prima temporanea come ormai abbiamo detto in tutte le lingue, in tutti i consessi, per far sì che si garantisse l'unitarietà e la specificità di un ospedale dedicato soprattutto ai piccoli degenti. Come abbiamo fatto a garantire l'unitarietà? Abbiamo preso, adesso state tutti lontani, però io ve lo farò vedere, tutto un piano di Torrette che sviluppa dodicimila metri quadri. Qui vi do immediatamente l'impressione rispetto all'attuale presidio Salesi. Dodicimila metri quadri deputati tutti all'assistenza, non ci stanno cucine, laboratori, uffici, perché quelli già insistono su Torrette, pertanto l'Ufficio tecnico parametrando i metri quadri dedicati all'assistenza con i metri quadri dedicati all'assistenza sull'attuale presidio Salesi in Via Corridoni, il confronto è semplice. Hanno dato 12.667 metri quadri su Torrette, nel piano dedicato a Torrette, più altri due reparti che poi vi dirò, che non stanno nel piano sesto di Torrette, contro i 9.997, cioè diecimila metri quadri dell'attuale Salesi. Quindi non è vero che viene dedicata meno superficie. Anzi, avremo duemila metri quadri in più per l'assistenza, non per l'annesso ed il connesso all'assistenza. Solo le parti, corridoi di passaggio, blocchi operatori, sale parto, travaglio, nido e quant'altro esiste sul Salesi. Abbiamo duemila metri quadri in più.

Adesso vi passo a far vedere, perché io non ho preparato slide, perché ancora non è ufficiale, non è delibera, ma al più presto lo dovremo vedere, questo è tutto il sesto piano. Come vedete, qui abbiamo garantito l'unitarietà che voi tutti giustamente, come anconetani, chiedete per l'ospedaletto.

Che cosa non c'è in questo? Vi dico innanzitutto quello che c'è...

(Intervento fuori microfono)

Prego.

PRESIDENTE. Abbiate pazienza, facciamo finire l'intervento. Grazie.

Dott. GALASSI, *Direttore Generale Ospedali Riuniti di Ancona.* Tutto un piano di sviluppo da dodicimila metri quadri ha fatto in modo che l'ostetricia e la ginecologia fosse tutta su un piano, in maniera moderna e all'avanguardia con al centro dei due reparti della clinica ostetrica, per la Divisione di ostetricia, il blocco operatorio, la sala travaglio, la sala parto e il nido tutto insieme, non dislocato su due livelli come è oggi, con dispendio anche di risorse di sicurezza, con doppi turni ostetrici, doppi turni infermieristici. Essendo tutto sullo stesso piano, questo qui il più grande di Torrette, siamo riusciti a concentrare tutto quello che è il momento della gravidanza e del parto su un'unica ala di Torrette, un'unica ala. Voi pensate che per chi conosce Torrette o da visitatore o da ospite, sa che le aree di Torrette in corridoio, parliamo di cinquanta metri lineari di sviluppo, abbiamo un blocco operatorio dedicato al dottor Martino che è la chirurgia generale specialistica, abbiamo la clinica pediatrica e la Divisione pediatrica concentrata su un'ala. Ma la cosa a cui io tengo di più come Direttore Generale, e parlo anche a nome della mia collega, dottoressa Storti, come direttore sanitario, è dare una collocazione non solo dignitosa, ma in sicurezza ai bambini lungo ematologici del dottor Pierani, perché avrà una stecca intera dedicata alla patologia più complessa, se non più dolorosa, del presidio Salesi. Non è possibile, ai tempi di oggi, lasciare questi piccoli pazienti con queste gravi malattie nell'angusto spazio in cui sta il reparto del dottor Pierani. Una vergogna per me come Direttore Generale.

Poi abbiamo un altro reparto ad alta intensità assistenziale che è quello del professor Carnielli, altro reparto doloroso, la terapia intensiva neonatale per chi fa volontariato, lo conosce molto bene, gli spazi angusti in cui stanno, io invito voi, e vi accompagno io a vedere la terapia intensiva neonatale del professor Carnielli. Avrà anche lui una stecca di cinquanta metri lineari, in cui assistere le più gravi malformazioni a livello neonatologico. Ve ne dico un'altra, la continuità specialistica fra il momento del parto, dell'ostetricia, la terapia neonatale e la chirurgia generale degli adulti che non esiste sul presidio Salesi. Ci vuole il coraggio di quei signori ad intervenire al momento del parto con delle competenze che non sono loro, perché le competenze per intervenire al momento del parto sono dei chirurghi generali, che però stanno a Torrette.

Io vi sto dicendo la verità del perché non può rimanere il Salesi lì, non perché lo dice la legge o perché me l'ha detto l'assessore, o me l'ha detto qualche altro personaggio politico, qui vi sto facendo un discorso tecnico, tecnico e di tutela del paziente. Non vi sto portando l'opportunità di trasferire per altri motivi. Questi sono solo alcuni degli esempi che io posso farvi, perché ce ne stanno altri che non è opportuno che io faccia, e sono molto più gravi di questi. Perché solo adesso si fa il trasferimento del Salesi? Forse perché c'è una Direzione strategica che dal 1978 lavora in ospedale? E quindi conosce bene i problemi ospedalieri, conosce bene il perché fare certe scelte a livello di sicurezza del paziente? Questo è il motivo. Sono io che ho preso l'iniziativa, non è che mi hanno detto di partire. Quando ho visto che la progettazione andava per le lunghe, che si fermava perché su Torrette insistono cantieri molto importanti, ho detto io: partiamo. Per i tre semplici motivi che vi ho portato come esempio, e ne ho altri, ma non ve li dico pubblicamente, che il Salesi, per il bene dei loro ospiti come pazienti, non può rimanere nel plesso attuale.

Noi abbiamo garantito l'unitarietà con questo disegno, che ancora se volete è qui, ve lo faccio vedere da vicino, rimangono fuori solo due strutture, che però non sono connesse all'interdisciplinarietà che oggi è caratterizzante della scienza medica. Non esiste più, e qui parlo ai medici, non esiste più il medico che lavora da solo nell'ambito del suo reparto, nell'ambito della sua disciplina. Il medico di oggi lavora in maniera interdisciplinare, quindi deve stare vicino agli altri colleghi specialisti dei vari settori e molte specialità stanno oggi su Torrette, non stanno sul Salesi. L'esempio che vi ho portato della chirurgia generale, tutta la diagnostica strumentale, la grande strumentazione pesante che noi abbiamo a Torrette, perché far trasferire – altra cosa che posso dirvi pubblicamente, sempre ritornando al reparto del dottor Pierani – i bambini oncematologici sull'ambulanza e portarli a Torrette? Questo vi chiedo come Consiglio comunale. Perché questo? Perché non riesco a mettere la neuropsichiatria infantile al sesto piano, perché non ho altri cinquanta metri lineari? Ma la neuropsichiatria infantile psichiatrica, perché tale è, ospita dei bambini di pochi mesi, un anno o poco più, fino agli adolescenti di quattordici anni, e gli adolescenti di quattordici anni psichiatrici sono violenti. Abbiamo avuto numerosi casi in cui hanno aggredito i medici e gli infermieri. Chi lavora al Salesi, già lo sa. Portandoli al quinto piano di Torrette, noi abbiamo l'ala divisa in due con delle porte particolari, e allora lì la dottoressa Zamboni mi ha chiesto di mettere i bambini con problemi psichiatrici separati dai bambini di un anno, due anni che non hanno problemi psichiatrici, ma che hanno magari qualche turba di carattere neurologico. Ecco il motivo per cui abbiamo fatto queste scelte strategiche di politica gestionale fatta in coscienza, non dettata da interessi economici. Noi qui non risparmiamo niente, anzi, investiamo denaro pubblico per poter fare degli adeguamenti. E penso che posso chiudere.

PRESIDENTE. Dottor Galassi, la ringrazio per la sua puntuale espressione molto precisa.

Abbiamo ancora due interventi... ho paura che si apra un dibattito, consigliere D'Angelo.

(Intervento fuori microfono)

Ma lo possiamo fare dopo?

(Intervento fuori microfono)

Allora interveniamo tutti, però.

(Intervento fuori microfono)

Io non me li ricordo interventi di chi non poteva. Non me li ricordo, consigliere D'Angelo. Forse mi sfugge.

(Intervento fuori microfono)

Ha parlato Grelloni come relatore, Fazzini come capogruppo. Le chiedo per cortesia, consigliere D'Angelo...

(Intervento fuori microfono)

Prego, consigliere.

CONSIGLIERE D'ANGELO (La tua Ancona). Dottore, lei ci ha dato veramente...

PRESIDENTE. Dopo intervengono tutti, però, D'Angelo. Per cortesia.

Io non voglio dire che non sia importante quello che deve dire, consigliere D'Angelo, ma dopo si apre veramente un dibattito. Anticipiamo l'intervento di dopo, abbiamo due ancora invitati.

CONSIGLIERE D'ANGELO (La tua Ancona). Presidente, a me dispiace molto, però è molto freddo, qui non ci stanno neanche i termosifoni accesi, abbiamo ascoltato questo intervento interessante del dottore, che poteva benissimo farlo in Commissione, perché lo abbiamo invitato due volte, caro dottore, e lei non è venuto, non ci ha fatto questa cortesia di venire. Se fosse venuto in Commissione, avremmo risparmiato tempo e quindi avremmo reso questi lavori molto più utili questa sera. È lei che ha detto di non poter venire, e questa è la prima osservazione. Dopo interviene, dottore, non si preoccupi...

(Intervento fuori microfono)

No, dottore, il suo lavoro io lo rispetto moltissimo, però lei mi deve far dire ora quello che penso io. Lei parla di convenzione con Area Vasta, ma se l'ospedale offre i servizi così come dice di bassa intensità, per che serve? Tutti possiamo girare per le Marche. Lei parla di Azienda ospedaliera universitaria, io le dico che purtroppo parliamo solo di Università, perché l'Umberto I era un ospedale, non era un Policlinico, e la parte ospedaliera dove ce l'abbiamo noi oggi? Dove sta la parte ospedaliera?

Lei mi fa dei paragoni tra l'Umberto I e l'Umberto I di Roma. Ma vede, l'Umberto I di Roma è un polo universitario di altissima eccellenza. Lei parla di interventi fuori regione. Allora, dottore, ci dica un po', lei ha citato un primario che fa interventi di

chirurgia del pancreas ad altissimo livello, non ha citato quel primario? Allora quello che ha citato, è un altro. Io le dico che avevamo, abbiamo un grande primario, un bravissimo medico che ci è invidiato, che è uno dei massimi esperti a livello europeo. Vede dottore, questo medico se ne va, perché va al San Raffaele. Glielo dico io, vede che le do qualche notizia stasera, evidentemente ci sarà un motivo perché lascia un ospedale come quello di Torrette per andare...

Lei poi mi sta parlando della sistemazione del Salesi, e io, mi creda, non sarei voluto intervenire, perché volevo rimanere al nostro documento unico condiviso, ma lei pensa che tante mamme di famiglia che vanno, e questa sera sono presenti qua, qualcuna è rimasta, sono rimaste qui, se non sentissero l'esigenza di rappresentarle che un bambino non si sposta a blocchi, come dice lei, al secondo, al sesto, al quarto, al quinto piano, perché un bambino deve avere un ingresso particolare. Il Salesi è quell'ospedale che ha consentito la cura del bambino, perché entrato nell'ospedale e all'interno di quell'ospedale sicuramente su cui andavano spesi dei soldi, ma visto e considerato che l'assessore poco fa ci parlava di 40-45 milioni, qualcosina si poteva spendere anche lì, il bambino va trattato in una maniera diversa. Per cui, se lo porteremo all'ospedale di Torrette, io ho i miei dubbi.

Ma vede, tutte queste domande io gliele avrei fatte in Commissione, una Commissione che è composta di dieci persone. No, le posso pure dire, ci sarà, allora ce le faremo, perché al dottor Stroppa – e concludo – quando il dottor Stroppa parlava dove poter intervenire su un tavolo tecnico, volevo dire che il tavolo tecnico è la Commissione. Noi abbiamo i tavoli tecnici che sono le Commissioni, quindi noi ringraziamo il dottor Stroppa, noi faremo, quindi credo che con questa sera, perché tanto ci saranno altri due interventi, ma poi ci saranno anche i colleghi che vorranno dire la loro, io penso che purtroppo l'argomento, un argomento così importante su un tema così importante e basilare per la città, mi dispiace, mi ero ripromesso di non proporlo, ma invece lo devo proporre, e penso che i colleghi perlomeno che hanno seguito questo tema così importante della sanità, perché noi abbiamo passato cinque mesi a discutere del problema sanità...

PRESIDENTE. Consigliere D'Angelo, possiamo trattare questi interventi in sede di dibattito? Facciamo finire gli interventi degli invitati.

CONSIGLIERE D'ANGELO (La tua Ancona). Io dopo questo ho finito, per cui non farò nessun dibattito.

PRESIDENTE. Ma io non la voglio far finire, io voglio che se ne parli in dibattito democraticamente tutti quanti. Facciamo finire gli interventi, per cortesia. Grazie. Dottoressa Patrizia Balzani, direttore Distretto 7 di Ancona. Grazie.

Dott.ssa BALZANI, Direttore Distretto 7 di Ancona. Buonasera. Sarò naturalmente rapidissima. Io ormai sono quattordici, quindici anni che sono direttore del Distretto di Ancona e sono stata nominata dal 1 marzo 2014 direttore del Distretto unificato, che raggruppa tutto il comprensorio che faceva capo all'ex zona 7, quindi praticamente da Monte San Vito a Loreto.

Questa è una bella sfida, una grossa sfida nella quale chiaramente io sono entrata da poco, e mi sono fatta un programma che prevede all'inizio innanzitutto una conoscenza del territorio, perché per quanto poi facenti parte della stessa zona territoriale, anche precedentemente dalla stessa Asl, comunque i territori erano diversi, le Direzioni erano diverse. Quindi all'inizio importante è questo.

Ma certamente poi la cosa più importante che mi propongo di fare quanto prima, è quella di stilare, assieme agli enti locali, quindi in particolar modo alla Conferenza dei

Sindaci sulla quale ovviamente Ancona ha, e avrà, la possibilità di dire la sua, essendo comunque il Comune più grande, un progetto per questo comprensorio. Un progetto che significa una ripartizione delle risorse, una rimodulazione delle risorse, che non significa ovviamente riunire una serie di povertà, ma significa mettere insieme le risorse per cercare di dare ai cittadini di questo comprensorio una sanità giusta e calibrata per loro. Una sanità territoriale che rispetti le esigenze dei territori, perché voi capite che gestire un distretto di duecentocinquantamila abitanti sarà una sfida importante, anche perché, per quanto tutti facenti parte della zona costiera, comunque le realtà sono diverse. Ci sono Comuni molto piccoli, i quali terranno ovviamente al loro mini punto prelievo, al loro piccolo presidio magari aperto una volta la settimana, ci sono Comuni più grandi, come quello di Ancona, che ovviamente hanno esigenze diverse. Ne abbiamo parlato lungamente fino adesso, quindi non sto a ripetermi.

Certamente bisognerà individuare delle sedi, nelle quali, le famose Case della salute, verrà erogata l'assistenza. Loreto, Chiaravalle già ci sono, si parla di riconversione di ospedali esistenti. Quindi, secondo me, sono delle grosse opportunità per tutto il territorio, quindi non soltanto per le comunità che a loro afferiscono.

Per quanto riguarda Ancona, ormai è una sanità che è stata collaudata da anni di rapporti con il Comune, abbiamo un accordo di programma che prevede la gestione congiunta delle strutture comunali che risale al 1997. Siamo stati i primi nella regione a creare questo tipo di modalità collaborativa con il Comune, e durava fino ad oggi, nonostante poi sia stata rivista negli anni con le successive normative regionali che sono sopraggiunte. Io ritengo che lo strumento dell'accordo di programma e del protocollo d'intesa sia comunque da portare avanti, sempre nel rispetto delle disponibilità e delle caratteristiche di ciascun territorio. Poi vedremo. Arrivederci.

PRESIDENTE. Grazie dottoressa Patrizia Balzani del Distretto 7 di Ancona, direttore. Abbiamo l'ultimo intervento, il dottor Roberto Amici, che ringrazio della presenza, Presidente del Tribunale della Salute, Regione Marche. Prego, dottor Roberto Amici.

Dott. AMICI, *Presidente del Tribunale della Salute Regione Marche.* Ho un po' di timore adesso a parlare, perché vedo negli occhi stanchezza e fame, ma ci provo cercando di limitarmi ad una decina di minuti. Io sono Roberto Amici, sono un medico storicamente che ha lavorato per molti anni in ospedale pubblico, oggi sto qui però come Presidente del Tribunale della Salute, un'associazione che è sostanzialmente cugina del Tribunale per i Diritti dei malati, diversa, ma cugina, che opera ad Ancona da quasi trent'anni.

Io articolo questo intervento, poggiando su alcune parole chiave che sono cittadini, istituzioni, rappresentative naturalmente, manager. Un'altra parola chiave, bisogni di salute, bisogni di salute per i cittadini. I tre sostantivi che ho usato prima, l'ordine non è casuale, i manager vengono dopo. Questa deve essere una cosa abbastanza chiara. Il sistema sanitario non esiste per i manager, esiste per i bisogni di salute dei cittadini. Quindi bisogna un po' rovesciare. Avete visto che anche stasera c'è una certa gerarchia, c'è una scienza che si chiama... che definisce i luoghi e le gerarchie, le distanze, c'è anche qui una sorta di gerarchia, io stesso vado per ultimo, forse giustamente, ma i cittadini forse non sono gli ultimi del sistema, forse sono quelli più importanti, dovrebbero essere al centro, come spesso viene detto, e non sempre poi viene fatto.

Un'altra parola chiave sono i costi, è un altro elemento che è stato molto utilizzato. Nel momento che ha parlato l'assessore, ne ha parlato il direttore del Servizio salute, l'avete sentito, e a queste parole chiave vorrei aggiungere, aggregarle ad un'altra parola chiave che è quella della complessità. Cioè gli elementi che ho indicato, ci dimostrano una estrema complessità del sistema che, per essere affrontata, ha bisogno di tempo e tempi. Ora vediamo, diciamo così, queste parole chiave come cerchiamo in qualche modo di

decodificarle attraverso due assi che mettiamo in parallelo. Un primo asse è quello dei cittadini, cioè noi, Tribunale della Salute, raccogliamo segnalazioni, qualche volta denunce, più raramente elogi dai cittadini nei confronti del sistema. E questo è il primo asse su cui vi vorrei sostanzialmente elencare, è impossibile entrare nello specifico delle segnalazioni che ci vengono fatte. L'altro asse è quello delle cause.

Attenzione, le cause. Probabilmente in modo casuale, non si è parlato molto di quali sono le cause. Si è molto parlato della causa legata alla mancanza di risorse, ma non una delle cause che determinano gli effetti. Gli effetti sono questi, cioè le segnalazioni che noi abbiamo. Ve ne elenco alcune. Tempi e liste di attesa, se n'è parlato. Tempi e liste di attesa che sono spesso intollerabili, i cittadini ce lo segnalano, e che sono intrecciate in modo spesso diabolico con la libera professione. Sapete benissimo, non entro nello specifico, ma sapete esattamente come funziona.

Ma sulle liste d'attesa c'è un altro aspetto che spesso non viene considerato, ed è quello della mancanza totale di informazioni. Dispiace che l'assessore non ci sia, sicuramente è stato chiamato a cose più importanti, ma uno degli elementi nella nostra regione è che non è possibile accedere e sapere qual è il tempo d'attesa per una certa prestazione. E questo è possibile in gran parte delle regioni italiane, e sarebbe obbligatorio anche per delibere della Giunta regionale fra l'altro. Basterebbe leggerle e magari anche applicarle, come le delibere dovrebbero.

Un altro aspetto è quello della tendenza a decentrare – se n'è parlato molto, ne ha parlato anche il dottor Galassi – alcune attività più semplici. Lui ci ha dato delle statistiche, io adesso presento semplicemente le nostre testimonianze, cioè cittadini che vengono, noi abbiamo un punto di ascolto a Torrette, vengono a dirci: ci hanno detto che questa roba la possiamo fare altrove, la dobbiamo, possiamo, perché la cosa non è chiarissima, e se questo è vero per prestazioni chirurgiche, attenzione, spesso è vero anche per prestazioni strumentali. Ci sono per esempio alcuni tipi di risonanza magnetica che vengono inviate altrove. Altrove si intende anche a cento chilometri di distanza. E questo, attenzione, questa tendenza a decentrare nei piccoli ospedali, avviene esattamente nello stesso momento in cui questi piccoli ospedali, invece, sono spesso depauperati. Perché sono depauperati? Perché si sa che dovranno andare alcuni a morire, alcuni ad essere trasformati, quindi su essi non si investe. Però su questi poi finiscono per gravare alcune attività a “bassa” complessità.

Due aspetti ancora su questo tema delle segnalazioni che ci arrivano, io parlo di quelli che ci vengono riferiti dai cittadini, la derubricazione dei pronto soccorsi. I pronto soccorsi stanno via via, essendo derubricati, cioè alcuni pronto soccorso sono diventati punti di primo intervento. Che cosa significa questo? Perché bisogna capirlo bene. Significa che le persone che erano abituate ad andare a certi pronto soccorso, non hanno più lo stesso servizio di prima e quindi non si fidano e quindi dove vanno? A Torrette. E in futuro sarà sempre più così. Attenzione, lo stesso discorso si è già fatto, quindi non mi dilungo, riguarda per esempio gli aspetti relativi alla maternità, cioè la chiusura di alcuni punti nascita, evidentemente non può che poi gravare su Ancona. E questo proprio mentre si tende a disinvestire, proprio per le cose che sono state dette.

Se il Salesi dovrà essere trasferito, e non sappiamo bene quando, però, perché avete sentito che ci sono dei problemi, dei problemi per l'avvio del cantiere, perché ci sono dei settori che sono a rischio geologico sismico e quindi bisogna aspettare. Però intanto si disinveste. Il risultato è che quelle strutture ovviamente perdono la loro capacità di offerta qualitativa ovviamente. E poi c'è tutta la questione di cui si è parlato molto, e credo importante, quella della riduzione dell'attività di assistenza sociosanitaria.

Io ho sentito molto attentamente il dottor Ciccarelli a proposito di questo. Il dottor Ciccarelli sa molto bene che da un anno e mezzo c'è una campagna che è sul tema trasparenza e diritti, fatta da settanta associazioni nelle Marche, che rivendica

l'inesattezza di delibere di Giunta regionale che stanno diminuendo invece l'assistenza sociosanitaria, e quindi ho qualche dubbio che sia migliorata sinceramente.

Si è detto, per esempio, delle tecnologie relative al diabete. Sì, ma i centri antidiabetici? Avete letto credo tutti le osservazioni fatte dai diabetici che si lamentano del fatto che nella regione stanno diminuendo. Alcune delle cose che ho detto, interessano tutta la regione, altre interessano soprattutto Ancona, come potete ben capire, conoscete Ancona meglio di me.

Rispetto a questo asse, che è quello delle segnalazioni, c'è quello delle cause che spesso vanno dimenticate. Però, attenzione, ci sono cause specifiche, cioè ognuno di questi effetti ha molte cause. Prendiamo le liste d'attesa, per esempio, la lunghezza intollerabile delle liste d'attesa non ha una sola causa. Qualcuno pretendeva di risolvere la lunghezza delle liste d'attesa con il CUP. Avete visto come è stata risolta? In realtà la lunghezza delle liste d'attesa ha almeno sei, sette cause, e ciascuna va affrontata con pazienza. Ma non voglio parlare di questo, perché entreremmo in uno specifico troppo tecnico, non abbiamo né il tempo, né la voglia, immagino.

Voglio però fare riferimento ad alcune cause più generali, che talvolta vengono dimenticate, perché la storia delle tante riforme della sanità regionale, perché attenzione, non una, ogni tanto ci arriva una riforma, ma in realtà se andate a vedere le leggi, delibere di Giunta hanno modificato parecchio via via la struttura della sanità regionale. E ne dico soltanto due o tre. Uno è il fenomeno paradossale, per cui mentre il Titolo V, la variazione del Titolo V della Costituzione ha prodotto un decentramento per la sanità nelle regioni, nella regione Marche è accaduto esattamente l'opposto in modo paradossale. La regione Marche è la regione in cui c'è un fortissimo accentramento decisionale. Fortissimo. Insopportabile sinceramente, io credo. Non solo, ma c'è una sovrapposizione di gestione e programmazione che è fantastica. Io non so se questo, capisco che non è vicinissimo a come noi ragioniamo, però attenzione, io direi ci sono alcuni fatti emblematici. Avete visto che c'era il dottor Ciccarelli prima, direttore del Servizio salute, era fino a poco tempo fa il direttore dell'Asur, e vi pare logico, non vi pare di osservare qualche cosa strana in questo? Non perché io entri nel merito della compatibilità o incompatibilità. Non è questo il punto. Il punto è che evidentemente anche a livello regionale – se ci fosse il nuovo Presidente della V Commissione, glielo direi molto volentieri – non si riesce a capire come queste cose debbano essere attentamente ponderate, perché uno che è stato direttore dell'Asur può fare allo stesso modo il direttore del Servizio salute, o rischia di continuare lui a decidere anche gli aspetti gestionali? Ed è un problema non da poco, perché le aziende sarebbero, secondo la legge, autonome.

C'è un altro aspetto che è la riduzione progressiva della competenza. Io questo mi permetto di dirlo, e chiedo scusa, ma è necessario. Qualcuno ha visto qua l'Agenzia regionale sanitaria? L'Agenzia regionale sanitaria è del tutto assente, eppure l'Agenzia regionale sanitaria dovrebbe essere l'organismo tecnico di supporto che elabora i progetti. Non c'è, perché è stata totalmente distrutta. E questo è un danno gravissimo. Se voi andate in Emilia-Romagna e in Toscana, vedete quanto abbiamo prodotto anche sulle Case della salute.

Quindi arriviamo ai punti essenziali e finali. Quello che ho raccontato, definisce la complessità del sistema, definisce il bisogno di stabilire dei tempi. Il problema però, e io chiedo scusa, ma per chi come me viene da fuori e cerca di rappresentare indegnamente i cittadini, vede un rischio, cioè quello di fare la questua, cioè quello per cui i cittadini, noi, ma voi siete cittadini ovviamente come me, come noi del Tribunale della Salute, ma anche gli amministratori finiscono per questuare ai manager, e qualche volta ad un manager o al massimo a due, che decidono senza dire nulla, avete sentito? Noi abbiamo risolto i problemi della sanità dal punto di vista economico, quindi adesso finalmente

possiamo parlare con voi. Vediamo. Questa è la parte che io considero distruttiva del mio intervento.

Passo alla parte costruttiva, però, perché non voglio assolutamente rischiare di fare semplicemente una lamentazione. La parte costruttiva è questa. Noi come Tribunale della Salute pensiamo che le Amministrazioni da sole, se sono sufficientemente grandi, oppure consorziandosi, si debbano fornire di un supporto tecnico. Io direi un supporto tecnico/partecipativo, nel senso che dovrebbero avere un supporto stabile, che le aiuti nel difficile percorso di dialogare con chi decide, secondo me impropriamente spesso, perché stanno in un palazzo e non parlano con nessuno, almeno finora così è stato, e poi avere un supporto tecnico che in qualche modo li aiuti nelle singole decisioni. E su questo faccio solo due esempi e finisco. Uno è quello delle liste d'attesa. Ragionare sulle liste d'attesa con un gruppo ristretto, che però abbia attenzione, non uno dei tanti tavoli regionali che finiscono per produrre carta, un gruppo ristretto che abbia degli obiettivi precisi, delle scadenze precise, che definisca degli indicatori, dei tempi, che si ponga dei risultati e che poi abbia delle verifiche finali in un tempo breve, diciamo fine anno per esempio, e la stessa cosa si può fare per la Casa della salute. Esattamente la stessa cosa.

Concludo, e qui mancano i responsabili regionali, facendovi notare un fatto che me lo sono messo qui davanti al computer, perché è interessante, ho qui gli investimenti per le Case della salute della Regione Emilia-Romagna, sono dati non miei, sono dati ufficiali che potete trovare anche voi su Internet. Fra l'altro, l'Emilia-Romagna ha un sito dell'Agenzia regionale sanitaria, molto ricco. Sapete quanto costano cinquantacinque Case della salute? Alla Regione 19 milioni e alle Aziende sanitarie 33 milioni. Poi ci sono altri finanziamenti che vengono dallo Stato. Quindi per fare cinquantacinque Case della salute, abbiamo un totale di oltre 50 milioni. Dove stanno le risorse per queste Case della salute? A me sarebbe piaciuto chiederlo, perché non è che fare le Case della salute è semplice. Evidentemente è complesso. Ma non solo è complesso, ed è giusto che abbiano fatto un accordo con i medici di Medicina Generale, ma non è sufficiente, ci vogliono delle risorse. E queste risorse io non le ho trovate da nessuna parte. Praticamente sono risorse che mancano all'appello. Se voi andate a vedere la delibera di Giunta, la n. 735 che è stata citata, e non so se nell'ultima c'è qualcosa, ma non c'è una lira. Anzi, c'è il responsabile del procedimento che dice che quella delibera deve essere attuata senza alcun aumento di spesa per la Regione. Il che sostanzialmente significa dire che la Casa della salute c'è scritta, ma non sarà fatta. Grazie.

PRESIDENTE. Dottor Roberto Amici, la ringrazio.

Sono terminati gli interventi degli invitati. Volevo proporre ai consiglieri, prima di iniziare il dibattito ordinario, di sospendere la seduta per cinque minuti per vedermi con i capigruppo e determinare insieme il tratto a venire. Grazie.

Alle ore 20,47 la seduta è sospesa.

Alle ore 21,30 la seduta riprende.

Presiede il Presidente Marcello Milani.

Partecipa il Segretario Generale Avv. Giuseppina Cruso.

PRESIDENTE. Appello.

Si procede all'appello nominale. Sono presenti il Sindaco e n. 30 consiglieri: Barca, Berardinelli, Crispiani, D'Angelo, Diomedì, Duranti, Fagioli, Fanesi, Fazzini,

Finocchi, Fiordelmondo, Freddara, Gambacorta, Gnocchini, Gramazio, Grelloni, Lazzeri, Mandarano, Mazzeo, Milani, Morbidoni, Pelosi, Pistelli, Pizzi, Polenta, Quattrini, Rubini Filogna, Tombolini, Tripoli, Urbisaglia.

Sono presenti gli assessori Borini, Capogrossi e Guidotti.

PRESIDENTE. Faccio a tutti i consiglieri – per cortesia, un minuto di silenzio – faccio un rapido riassunto di quanto abbiamo deciso, di quanto deciso in Capigruppo, è stato affrontato l'argomento sotto il profilo della trattazione, della votazione immediata di quello presentato, il documento cosiddetto unitario, comunque della Commissione IV, e la discussione se rinviarlo con elementi ulteriori in ragione degli intervenuti invitati. È prevalsa la volontà di votare subito il documento così come presentato, come lavorato in diversi mesi dalla Commissione per un aggiustamento in corso d'opera che verrà da subito avviato dalla Commissione.

Prego, consigliere Quattrini.

(Alle ore 21,30 entra il consigliere Vichi – 32 presenti)

CONSIGLIERE QUATTRINI (M5s). Nella Capigruppo io, a nome del Movimento 5 Stelle, avevo chiesto il rinvio, in quanto riteniamo che, alla luce di quanto detto dagli illustri ospiti, alcune cose scritte su questi documenti probabilmente dovrebbero essere cambiate, perché probabilmente non sono neanche realizzabili o comunque modificate nel loro contenuto.

Quindi noi non parteciperemo al voto, perché non riteniamo opportuno votare un documento che, in base a quello che abbiamo ascoltato, in parecchi aspetti non riteniamo realizzabile.

PRESIDENTE. Grazie consigliere Quattrini del chiarimento.

Se gli uffici mi danno la disponibilità, vorrei passare alla votazione. Prego, consigliere Tombolini, sull'ordine dei lavori anche lei. Prego.

CONSIGLIERE TOMBOLINI (Sessantacento). Non sull'ordine dei lavori. Ma si vota direttamente, Presidente, non c'è il dibattito?

PRESIDENTE. Sì, si vota.

Adesso ve lo stavo dicendo. Deve intervenire sull'ordine dei lavori? No.

(Alle ore 21,32 escono i consiglieri Quattrini, Diomedì, Lazzeri, Gambacorta – presenti 28)

CONSIGLIERE TOMBOLINI (Sessantacento). Allora sull'ordine dei lavori anch'io. Siccome, come ho detto io nella Capigruppo, non condivido il linguaggio e l'atteggiamento politico che viene assunto dall'Amministrazione oggi rispetto a quelli che sono stati i pronunciamenti dei tecnici e dell'assessore, che sono contraddittori rispetto a quelle che sono le volontà che sono espresse nel documento in relazione in particolare al Salesi e al problema dei padiglioni dell'Umberto I e anche dell'INRCA, io ritengo di non dover partecipare alla votazione. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, consigliere Tombolini. Anche il consigliere Crispiani, prego.

CONSIGLIERE CRISPIANI (Sel). Stiamo ancora parlando dell'originale testo del documento o se ci sono delle aggiunte...

PRESIDENTE. Quello allegato, più gli emendamenti che adesso vi dirà il Presidente...

CONSIGLIERE CRISPIANI (Sel). Vorrei capire quali sono le aggiunte al documento.

PRESIDENTE. Mi ha anticipato. Ai due documenti oggetto di votazione abbiamo ricevuto sette emendamenti per il documento di cui al n. 345, e sono tutti del consigliere Berardinelli, per il quale attendo una risposta da parte del proponente, così come prevede il regolamento, se lo accetta o meno. Il proponente Presidente della Commissione, e quindi da parte dell'intera Commissione.

Poi abbiamo la mozione cosiddetta "Casa della salute", argomento n. 123, per il quale anche lì è stata presentata una mozione, D'Angelo, che il consigliere Vichi mi manifesterà di accettarla o meno, come lo ha già anticipato.

PRESIDENTE. C'è un ordine del giorno allegato. Lo presenterà, lo voteremo distintamente.

Se me lo presenta all'ordine del giorno subito. Il proponente chi è? Il consigliere Loredana Pistelli mi presenta l'ordine del giorno, dopo andremo alla votazione dei tre atti distinti, così come emendati, se il Presidente della Commissione mi dà conferma, Grelloni. Poi dopo interverrà, dopo il consigliere Pistelli. Prego.

Prego, consigliere Pistelli, l'ordine del giorno. Prego.

CONSIGLIERE PISTELLI (Pd). L'ordine del giorno naturalmente è collegato al documento, quindi in base a quanto viene condiviso e approvato il documento.

Io lo propongo in questo modo. "Premesso che si condivide quanto contenuto nel documento presentato in Consiglio comunale il 14/04/2014, sulla riorganizzazione del sistema salute della città di Ancona;

Sentito l'assessore Almerino Mezzolani, il direttore dell'Azienda ospedaliera, Ospedali Riuniti, dottor Galassi, del Policlinico, dottor Stroppa, dottor Ciccarelli, dottoressa Balzani,

il Consiglio comunale impegna il Sindaco e la Giunta:

a chiedere alla Regione un tavolo permanente per la realizzazione e il coordinamento e lo stato di avanzamento delle proposte contenute nel suddetto documento per poter definire parallelamente le varianti necessarie ad esse finalizzate e sottoscritte nel protocollo 2006. Alla luce di quanto detto sul Salesi, relativamente alle dichiarazioni dell'assessore Mezzolani in merito alla disponibilità finanziaria esistente di 20 milioni da parte dello Stato, e di 25 milioni da disporre da parte della Regione Marche, per quanto sopra detto, permette fin da subito di avviare la progettazione esecutiva del nuovo plesso all'interno dell'area Ospedali Riuniti di alta specializzazione di Torrette".

PRESIDENTE. Molto bene, grazie consigliere Pistelli.

Vorrei, ai fini formali e dell'audizione, se il Presidente della Commissione Grelloni prima e il consigliere Vichi mi manifestano l'accoglimento degli emendamenti al microfono, per cortesia. Consigliere Vichi, prego.

CONSIGLIERE VICHI (Scelta Civica). Grazie. Accolgo l'emendamento proposto dal consigliere D'Angelo.

PRESIDENTE. Grazie.

Consigliere Grelloni, Presidente della Commissione IV. È una formalità, ma è dovuta, scusatemi. Prego.

CONSIGLIERE GRELLONI (Ancona 2020). Io propongo di accogliere l'emendamento del consigliere D'Angelo...

PRESIDENTE. Sono sette emendamenti.

CONSIGLIERE GRELLONI (Ancona 2020). E di accogliere...

PRESIDENTE. Berardinelli.

CONSIGLIERE GRELLONI (Ancona 2020). E di accogliere gli emendamenti del consigliere Berardinelli, l'emendamento n. 1, l'emendamento n. 2, l'emendamento n. 4, l'emendamento n. 5, l'emendamento n. 6 e l'emendamento n. 7.

PRESIDENTE. Grazie. Quindi, se ho capito bene, tutti gli emendamenti, tranne il n. 3.

CONSIGLIERE GRELLONI (Ancona 2020). Che è incorporato, che è quello che ha proposto...

(Alle ore 21,42 esce il consigliere Tombolini – presenti 27)

PRESIDENTE. Nell'ordine, andiamo a votare, un minuto di attenzione, per cortesia, nell'ordine andiamo a votare la mozione di cui al punto n. 3, ovvero n. 345/2014, no, questa è quella cassata, chiedo perdono, la n. 4, la n. 1049/2013.

Chiedo per la seconda volta venia, scusate, avevo detto bene, il n. 3. Scusatemi. La n. 3 comprensiva degli emendamenti Berardinelli, escluso il n. 3. Dobbiamo approvare prima gli emendamenti.

È già approvato, andiamo a votare tutto nel suo insieme, per cortesia, il punto n. 3. Prego, si voti.

(Segue la votazione)

Il documento n. 345, il punto n. 3 dell'ordine del giorno, così come emendato, compresi gli emendamenti accolti.

Votazione chiusa.

Comunico l'esito della votazione.

Presenti	27
Votanti	27
Favorevoli	26
Astenuti	01 (Berardinelli)

(Il Consiglio approva)

Andiamo alla mozione di cui al punto n. 5, argomento n. 123/2014, cosiddetta mozione "Casa della salute", così come emendata accolta dal relatore Vichi. Andiamo alla votazione.

Non c'è dichiarazione di voto per le mozioni. Si può votare, prego.

(Segue la votazione)

Votazione chiusa.

Comunico l'esito della votazione.

Presenti	27
Votanti	27
Favorevoli	23
Contrari	01 (Mandarano)
Astenuti	03 (Berardinelli, Crispiani, Rubini Filogna)

(Il Consiglio approva)

Andiamo all'ordine del giorno così, come lo ha letto e distribuito il consigliere Loredana Pistelli. Attendo l'okay, un minuto di pazienza, per cortesia, signori. L'ordine del giorno che ha letto prima il consigliere Loredana Pistelli. Si voti.

(Segue la votazione)

Votazione chiusa.

Comunico l'esito della votazione.

Presenti	27
Votanti	27
Favorevoli	26
Astenuti	01 (Berardinelli)

(Il Consiglio approva)

Dichiaro chiusa l'assemblea. Grazie e buona serata. Grazie a tutti e buona Pasqua.

MOZIONE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTA' DI ANCONA.

PREMESSO che già dal 2006 il Comune di Ancona e la Regione Marche hanno siglato dei protocolli d'intesa che, a fronte della valorizzazione per la Regione del patrimonio immobiliare ex sanitario presente nella città, prevedeva un ritorno per i cittadini in termini di servizi sanitari;

CONSIDERATO che, invece, la città è stata progressivamente depauperata nell'offerta di servizi sanitari ai cittadini, non ottenendo la sostituzione del personale amministrativo, medico, infermieristico e tecnico che nel tempo ha lasciato, a vario titolo, il servizio, né idonei interventi di manutenzione nelle strutture territoriali superstiti che versano in stato di degrado, né la sostituzione di attrezzature obsolete;

CONSIDERATO che l'ospedale da sempre riferimento della città, l'AOORR di Ancona, è stata classificata come struttura ad alta specialità e che quindi i nostri cittadini per ricoveri dovuti a patologie ad alta diffusione devono rivolgersi ad altri centri della provincia come Osimo, Jesi e Pesaro, costringendo i loro familiari che debbono assisterli, a gravi disagi, soprattutto se anziani e privi di mezzi di trasporto propri;

RITENUTO di dover porre rimedio alla situazione creatasi di grave disagio ai cittadini anconetani, che vedono lesa il loro fondamentale diritto alla propria salute;

RITENUTO che sia giunto il momento di esigere il rispetto degli accordi siglati nel 2006;

Per quanto sopra espresso

**IL CONSIGLIO COMUNALE
IMPEGNA IL SINDACO E LA GIUNTA**

a ottenere dalla Regione Marche l'approvazione dell'allegato progetto, non difforme da quello già previsto nel 2006, ma che ridisegna in modo più esaustivo il quadro della sanità cittadina, senza significativi aggravii di spesa rispetto al precedente. Ciò, in via cautelare, prima dell'approvazione delle varianti urbanistiche mirate alla valorizzazione del patrimonio regionale ex sanitario.

Ancona, 14.11.2013

I CONSIGLIERI COMUNALI

f.to Bona Finocchi, Italo D'Angelo, Angelo Gramazio

mozione ritirata

LA SEDUTA È TERMINATA ALLE ORE 21,46.

IL PRESIDENTE

MARCELLO MILANI



IL SEGRETARIO GENERALE

Avv. GIUSEPRINA CRUSO



REDATTO DA: Digitech
di Matteo Bruno - Latina



Largo Perù 15 - 04100 Latina
www.digitechmedia.it

Indice generale

SURROGA DEL CONSIGLIERE DIMISSIONARIO MARCO GASTALDI E CONVALIDA DEL CONSIGLIERE MARIA AUSILIA GAMBACORTA. (deliberazione n. 34).....	2
COMUNICAZIONI.....	4
RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTÀ DI ANCONA – DIBATTITO.....	7
PROGETTO DI RIORDINO DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTÀ DI ANCONA. (deliberazione n. 35).....	7
MOZIONE PER AVVIO DEI PROGETTI “CASA DELLA SALUTE” MEDIANTE L’AGGIORNAMENTO DEI PROTOCOLLI D’INTESA SULLA VALORIZZAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE REGIONALE SIGLATI NEL 2006 DA COMUNE DI ANCONA E REGIONE MARCHE. (deliberazione n. 36).....	7
ORDINE DEL GIORNO COLLEGATO AL DOCUMENTO “PROGETTO DI RIORDINO DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTÀ DI ANCONA”. (deliberazione n. 37).....	7
MOZIONE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SALUTE DELLA CITTÀ DI ANCONA (ritirata).....	7