



CONSIGLIO REGIONALE DELLA PUGLIA

IX LEGISLATURA

17^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

giovedì 3 febbraio 2011

**Presidenza del Presidente INTRONA
indi del Vicepresidente MARMO
indi del Vicepresidente MANIGLIO
indi del Presidente INTRONA**

INDICE

| | | | | |
|---|------|---|--|---------------------------------------|
| Presidente | pag. | 3 | provazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012” | |
| Processo verbale | » | 3 | | |
| Congedi | » | 5 | | |
| Risposte scritte ad interrogazioni | » | 5 | Presidente | pag. 6,14,19,20,21, 24,35,37,47,56 |
| Assegnazioni alle Commissioni | » | 5 | Marino, <i>relatore</i> | » 6 |
| Interrogazioni presentate | » | 5 | Palese | » 14 |
| Ordine del giorno | » | 6 | Losappio | » 19,21 |
| | | | Romano | » 21,24 |
| DDL n. 28 del 20/12/2010 “Ap- | | | Surico | » 25 |

| | | | | |
|---|------|---|------|-----------------------|
| PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MARMO | | Fiore, <i>assessore alla sanità</i> | pag. | 47 |
| Mazza | pag. | 27 | | |
| Zullo | » | 29 | | |
| Nuzziello | » | 30 | | |
| Damone | » | 32 | | |
| PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA | | <i>Esame articolato</i> | | |
| Curto | » | 35,37,38 | » | 56,57,58,59, 60,61 |
| PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MANIGLIO | | Palese | » | 56,57 |
| Gianfreda | » | 38 | | |
| Negro | » | 40 | | |
| Lonigro | » | 41 | | |
| PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA | | Fiore, <i>assessore alla sanità</i> | » | 57 |
| Lanzilotta | » | 44 | | |
| Lospinuso | » | 45 | | |
| | | Negro | » | 58 |
| | | Marino, <i>relatore</i> | » | 58 |
| | | Damone | » | 59 |
| | | Zullo | » | 59 |
| | | Romano | » | 60 |
| | | Vendola, <i>Presidente della Giunta regionale</i> | » | 61 |
| | | Ordine del giorno a firma dei consiglieri Marino, Lonigro, Sannicandro, Damone, Nuzziello, Schiavone, Ognissanti, De Leonardis, Tarquinio, Gatta “Stipula convenzione tra Regione Puglia e Azienda ospedaliera Università di Foggia” | | |
| | | Presidente | » | 61 |

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 11.17*)

(*Segue inno nazionale*)

Processo verbale

PRESIDENTE. Do lettura del processo verbale della seduta n. 16 del 25 gennaio 2011:

Presidenza del Presidente Introna

La seduta ha inizio alle ore 11.17 con l'ascolto dell'Inno nazionale.

Segue la lettura e l'approvazione del processo verbale della seduta del 18 gennaio 2011.

Hanno chiesto congedo i consiglieri Blasi, Capone, Loizzo, Stefano, Ventricelli e il Presidente della Giunta, Vendola.

Viene data lettura delle assegnazioni alle Commissioni e delle interrogazioni presentate.

Il Presidente commemora l'ex consigliere Nicola Occhiofino, recentemente scomparso (*il Consiglio osserva un minuto di raccoglimento*).

Primo argomento in discussione è la proposta di legge a firma del consigliere Alfarano "Modifica dell'art. 7 dello Statuto della Regione Puglia": prima lettura (art. 123 della Costituzione della Repubblica italiana). Il consigliere De Leonardis, Presidente della VII Commissione, svolge la relazione. Interviene il consigliere Alfarano. Il Consiglio procede all'esame dell'articolo unico. Il Presidente ricorda che, trattandosi di modifica allo Statuto, per la votazione è necessaria la maggioranza assoluta. Quindi indice la votazione mediante procedimento elettronico della proposta di legge, che è approvata all'unanimità con 47 voti a favore, come da scheda n. 1, allegata al

presente verbale e di esso facente parte integrante.

Secondo argomento in discussione è l'ordine del giorno a firma del consigliere Gatta del 14.01.2011 "Attività di pesca speciale". Il consigliere Gatta illustra l'ordine del giorno. Intervengono i consiglieri Lonigro, Disabato e Ognissanti. Al termine, l'ordine del giorno emendato, posto ai voti, è approvato all'unanimità (risultano assenti il Gruppo MeP e il consigliere Mazzarano).

Terzo argomento in discussione è la mozione a firma del consigliere Damone del 12.01.2011 "Situazione drammatica a Lesina Marina". Il consigliere Damone illustra la mozione. Relaziona l'assessore Amati. Nella discussione intervengono i consiglieri Sannicandro, Lonigro, Zullo, De Leonardis. Per la replica interviene il consigliere Damone. Al termine, il Presidente dà lettura della mozione così come emendata che, posta ai voti, è approvata all'unanimità (risulta assente il Gruppo MeP e il consigliere Mazzarano).

Il consigliere Palese dichiara superati i punti 6), 7) e 9) dell'o.d.g.

Quarto argomento in discussione è l'ordine del giorno a firma dei consiglieri Marmo, Sala, Palese, Congedo, Camporeale, Alfarano, Iurlaro ed altri del 21.07.2010 "Percorsi dell'obbligo formativo negli Enti di Formazione professionale". L'assessore Sasso interviene per un chiarimento sulla materia. Al termine l'ordine del giorno viene dichiarato superato.

Quinto argomento in discussione è l'ordine del giorno a firma dei consiglieri Curto, Negro, De Leonardis e Longo del 18.11.2010 "Università telematica". Il consigliere Curto illustra l'ordine del giorno. Segue l'intervento dell'assessore Sasso, che ne chiede il ritiro. Il consigliere Curto ritira l'ordine del giorno con l'auspicio di un successivo momento di confronto.

Il Presidente comunica che giovedì 27 gennaio p.v., in occasione del "Giorno della memoria" l'aula del Consiglio ospiterà un'ini-

ziativa in ricordo delle vittime pugliesi dei lager e dei profughi ebrei ospitati nel Salento, dal '43 al '49, in attesa di essere autorizzati al trasferimento in Palestina.

Sesto argomento in discussione sono le "Interrogazioni e interpellanze urgenti":

Interrogazione

- Lanzilotta: "Ulteriore proroga discarica di Conversano in contrada Martucci". Il consigliere Lanzilotta la illustra. Risponde l'assessore Nicastro.

- Epifani: "Bando CEE n. S157 del 14.8.2010 – Appalto misto per l'affidamento della progettazione esecutiva e la realizzazione, comprensiva di lavori e la fornitura di arredi e di apparecchiature elettromedicali, di una nuova struttura ospedaliera nel plesso del P.O. 'V. Fazzi' di Lecce. Ente appaltante: ASL Lecce". Stante l'assenza dell'interrogante ed essendo pervenuta risposta scritta, l'interrogazione viene dichiarata decaduta.

- Brigante: "Interventi lungo la costa brindisina". Risponde l'assessore Amati. Segue l'intervento del consigliere Brigante.

- De Leonardis: "Contributo Regione Puglia per la Borsa del turismo religioso e delle Aree protette". Viene dichiarata superata.

- Laddomada – Disabato: "Inquinamento ambientale – Città di Taranto". Interviene l'assessore Nicastro, il quale comunica di aver inviato risposta scritta. Il consigliere Laddomada si dichiara soddisfatto.

- Gianfreda: "Piano straordinario di intervento per le strade dei centri abitati dei Comuni della Regione". Stante l'assenza dell'interrogante ed essendo pervenuta risposta scritta, l'interrogazione viene dichiarata decaduta.

- Sala: "Circolare del 06.10.2010 resa dal Servizio Lavori pubblici della Regione Puglia, BURP n.121 del 15.07.2010". Stante l'assenza dell'interrogante ed essendo pervenuta risposta scritta, l'interrogazione viene dichiarata decaduta.

- Congedo: "Lavori di collettamento delle

acque pluviali – Comune di Lizzanello". Stante l'assenza dell'interrogante, l'interrogazione viene dichiarata decaduta.

- Gianfreda: "Linee guida regionali in materia energetica". Stante l'assenza dell'interrogante, l'interrogazione viene dichiarata decaduta.

- Mazzarano: "Competenze professionali della categoria geometri – Chiarimenti del Servizio lavori pubblici della Regione Puglia". Il Presidente la dichiara decaduta.

- De Leonardis: "Aeroporto 'Gino Lisa' di Foggia". Il consigliere De Leonardis illustra l'interrogazione. Risponde l'assessore Miner vini. Il consigliere De Leonardis si dichiara soddisfatto.

- Decaro: "Bari-Torre a Mare. Erosione costa a Cala Colombo". Il consigliere Decaro la dichiara superata, avendo ricevuto risposta scritta.

- Congedo: "Gravi danni alla Scuola elementare e media di Sternatia. Intervento della Regione per il ripristino delle condizioni di sicurezza per alunni e operatori". Stante l'assenza dell'interrogante ed essendo pervenuta risposta scritta, l'interrogazione viene dichiarata decaduta.

- Palese - Boccardi: "Trasferimento uffici regionali c/o Direzionale San Paolo – Bari". Il consigliere Palese illustra l'interrogazione. Risponde l'assessore Dentamaro. Segue l'intervento del consigliere Palese.

- Lonigro: "Costruzione di uno stabilimento per la produzione di clinker-cementificio nel comune di Apricena". Risponde l'assessore Nicastro. Interviene il consigliere Lonigro.

- Caroppo: "Centri regionali di servizi educativi e culturali (ex CRSEC)". Il consigliere Caroppo si dichiara soddisfatto della risposta scritta dell'assessore Sasso.

- Epifani: "Disagi sulla tratta ferroviaria Bari-Lecce". Il Presidente la dichiara decaduta per l'assenza dell'interrogante.

- Di Gioia: "Contributo regionale Corso di laurea in Scienze motorie-Università degli Studi di Foggia". Stante l'assenza dell'interrogante ed

essendo pervenuta risposta scritta, l'interrogazione viene dichiarata decaduta.

Interpellanze:

- Zullo: "Trasporto Cassano Murge - Acquaviva". Il consigliere Zullo illustra l'interpellanza. Risponde l'assessore Miner vini. Segue l'intervento del consigliere Zullo.

- Greco: "Università popolari della terza età". Stante l'assenza dell'interpellante, il Presidente la dichiara decaduta e invita l'assessore Sasso, qualora non lo abbia già fatto, a inviare risposta scritta.

Il Presidente dichiara tolta la seduta.

Il Consiglio sarà convocato a domicilio per i giorni 3 e 4 febbraio p.v..

La seduta termina alle ore 14.21.

Non essendovi osservazioni, il processo verbale si intende approvato.

Congedi

PRESIDENTE. Hanno chiesto congedo i consiglieri Camporeale, Cassano, Di Gioia e Pelillo.

Non essendovi osservazioni, i congedi si intendono concessi.

Risposte scritte ad interrogazioni

PRESIDENTE. È pervenuta risposta scritta alle seguenti interrogazioni:

- Gatta: "Collegamento isole Tremiti";

- Sala: "Indisponibilità dell'aeroporto Grottaglie per voli charter";

- Gatta e Palese: "Osservatorio regionale per la sicurezza stradale";

- Buccoliero: "Sicurezza nei trasporti pubblici. Protocollo d'intesa tra Regione Puglia, Aziende di trasporto e Forze di Polizia. Rinnovo";

- Congedo: "Affidamento in outsourcing del servizio di gestione del patrimonio archivistico";

- Congedo: Affidamento del servizio di lavaggio, noleggio di biancheria piana e confezionata, di materasseria, calzature e fornitura di dispositivi medici sterili in TTR e TNT occorrenti ai presidi e alle strutture territoriali delle ASL/LE, comprensivo di gestione guardaroba e distribuzione di tutti i dispositivi presso i centri di utilizzo";

- Congedo: "Trenitalia - Privilegi riservati alle Forze armate";

- Marino: "Collegamenti pubblici con le isole Tremiti";

- Marmo: "Intensificazione dei sistemi di controllo sulle produzioni lattiero caseari";

- Congedo: "Sollecito risposta ed integrazione interrogazione del 30/07/2010, n. 74 - "Affidamento in outsourcing del servizio gestione del patrimonio archivistico".

Assegnazioni alle Commissioni

PRESIDENTE. Sono state effettuate le seguenti assegnazioni:

Commissione I

Proposta di legge a firma dei consiglieri Losappio, Cervellera, Lonigro, Matarrelli, Pellegrino, Pastore, Sannicandro e Venticelli, "Modifiche ed integrazioni legge regionale 3 agosto 2007, n. 25. Definizione del tributo speciale per il conferimento dei rifiuti solidi urbani in discarica ai sensi della legge n. 549 del 28 dicembre 1995".

Commissione V

Disegno di legge n. 2 del 31/01/2011 "L.r. 20 dicembre 2005, n. 18 'Istituzione del Parco naturale regionale Terra delle Gravine'. Modifiche".

Interrogazioni presentate

PRESIDENTE. Sono state presentate le seguenti

interrogazioni:

– Damone (*con richiesta di risposta scritta*): “Affidamento incarico dott.ssa Troiano”;

– Gatta (*con richiesta di risposta scritta*): “Distacco temporaneo della dirigente d’ufficio dr.ssa Rosa Dimita”;

– Friolo (*con richiesta di risposta scritta*): “Riorganizzazione rete scolastica A.S. 2011/2012. Comune di Francavilla Fontana – Liceo scientifico ‘Ribezzo’ – Attivazione Scienze applicate”.

Ordine del giorno

PRESIDENTE. L’ordine del giorno reca i seguenti argomenti:

1) Pdl di iniziativa popolare Amministrazione provinciale di Taranto “Valorizzazione del patrimonio storico, linguistico, culturale della Comunità Albanofona di San Marzano di S. Giuseppe” (*iscritta all’ordine del giorno ai sensi dell’art. 9 della l.r. 9/1973*);

2) Mozione Gianfreda del 15/10/2010 “Linee guida regionali per la produzione di energia da fonti rinnovabili”;

3) Ordine del giorno Gatta del 03/12/2010 “Collegamento isole Tremiti”;

4) Elezione della Consulta regionale femminile (*artt. 4 e 6 della l.r. 9 giugno 1980, n. 70*).

5) DDL 20/12/2010 n. 28 “Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012” (*rel. cons. Marino*).

Prima di passare all’esame dei punti iscritti all’ordine del giorno, comunico ai colleghi consiglieri che nella Conferenza dei Presidenti dei Gruppi si è proceduto all’inversione dell’ordine del giorno. Pertanto, l’argomento aggiuntivo all’ordine del giorno, recante il disegno di legge n. 28 “Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012”, diventa il primo punto all’ordine del giorno.

DDL n. 28 del 20/12/2010 “Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012”

PRESIDENTE. L’ordine del giorno, al punto n. 5), reca: «DDL n. 28 del 20/12/2010 “Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012”».

Comunico che nella Conferenza dei Presidenti si è convenuto di articolare la discussione generale nel modo seguente: i Capigruppo possono intervenire al massimo per venti minuti e i consiglieri per dieci minuti.

Ha facoltà di parlare il relatore.

MARINO, *relatore*. Signor Presidente, colleghi consiglieri, questa mattina siamo chiamati all’approvazione del Piano di rientro, ovvero l’Accordo tra il Ministero della salute, il Ministero dell’economia e delle finanze e la Regione Puglia per l’approvazione del Piano di rientro di riqualificazione, riorganizzazione e individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico ai sensi dell’articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

In questo senso il mio intervento sarà diviso in due parti. La prima parte cercherà di spiegare, sul piano tecnico, i contenuti dell’Accordo – ma chiedo ai consiglieri e al Presidente se questa parte può essere data per letta –, mentre nella seconda parte mi sforzerò di riassumere la discussione che abbiamo tenuto nelle Commissioni e di delineare la nuova *mission* che in primo luogo la politica dovrà assumere in questo momento particolare di contenimento della spesa.

Infatti, credo che non sfugga a nessuno la necessità di intervenire con importanti modificazioni sulla *governance* della sanità, per ridefinirla in un quadro in cui aumentano le malattie croniche, insieme all’età media delle persone, ed è necessario deospedalizzare e potenziare la medicina del territorio.

Inutile ricordare che faremo tesoro dei suggerimenti che ci sono giunti dalle audizio-

ni, anche se abbiamo ascoltato la platea degli interessi, mentre al centro delle nostre politiche della salute dobbiamo porre sempre più il cittadino e i suoi diritti.

La vicenda del Piano di rientro, pur seguita con attenzione dai *mass media*, non è probabilmente nota in tutti i suoi passaggi, che hanno portato solo nel mese di novembre scorso alla sottoscrizione del relativo Accordo tra il Governo, attraverso i Ministeri coinvolti, e la Regione Puglia.

Ricordo che le Regioni sono obbligate a presentare al Governo un "Piano di rientro di riqualificazione, riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico" in presenza di due condizioni: la prima è correlata alla mancata copertura del disavanzo di gestione del Servizio sanitario da parte della Regione stessa, con propri mezzi finanziari; la seconda è correlata al mancato rispetto del Patto di stabilità interno.

La Regione Puglia non ha rispettato i vincoli del Patto di stabilità interno negli anni 2006-2008 per una serie di motivazioni del tutto opinabili, correlate alla scelta dell'anno posto a riferimento per la base di calcolo per la verifica del rispetto dei parametri e vincoli previsti nelle norme finanziarie. Per effetto di tanto la Regione Puglia ha rischiato di subire la trattenuta sul finanziamento sanitario a causa di un mancato adempimento, nemmeno sanitario.

È opportuno, quindi, sottolineare ancora una volta che la Regione Puglia è stata obbligata a presentare un Piano di rientro non a causa del disavanzo di gestione del Servizio sanitario regionale atteso che, come certificato dal Ministro dell'economia e delle finanze, in tutti gli anni è stata assicurata la piena copertura finanziaria per quanto attiene alla sanità.

Ricordo che il Piano di rientro è stato concordato, in tutti i suoi contenuti, con le Direzioni dei Ministeri e con la struttura tecnica interministeriale in data 28 luglio scorso, co-

me confermato dalla *e-mail* del Direttore del Ministero della salute del 29 luglio 2010 alle ore 13, in cui testualmente si legge: «Si invia copia della proposta di Piano di rientro della Regione Puglia da sottoscrivere entro il 29 luglio 2010», specificando che «i testi sono stati concordati con i rappresentanti della Regione Puglia».

Come noto, con nota a protocollo 4253 del 28.7.2010 il Ministro della salute Ferruccio Fazio convocò formalmente il Presidente Vendola il 29 luglio «per la sottoscrizione dell'Accordo con allegato Piano di rientro».

Da allora abbiamo assistito a una estenuante "telenovela" iniziata con la mancata sottoscrizione dell'accordo per l'approvazione del Piano di rientro da parte del Governo, e in particolare del Ministro dell'economia e delle finanze, che per la storia di questo Paese ha rappresentato un atto gravissimo di lesioni innanzitutto dei rapporti istituzionali, delle prerogative costituzionali, delle intese Stato-Regioni del 2005 e del 2009 sul Patto per la salute.

Lo stesso giorno – il 29 luglio 2010 – il Governo procedeva, però, regolarmente alla firma dell'Accordo per il Piano di rientro della Regione Piemonte, la cui fase istruttoria e di costruzione risulta essere stata ben più "difficile" di quella della Puglia.

Peraltro, è bene non dimenticare che in nessuno degli altri precedenti Accordi sottoscritti è accaduto che un Ministro (nella fattispecie quello dell'economia e delle finanze) abbia inteso verificare direttamente i conti del Piano dopo che la struttura tecnica interministeriale ne avesse certificato, invece, la coerenza di interventi e di obiettivi.

Il successivo svolgimento dei fatti è ampiamente noto, ed attiene alla lettera dei tre Ministri Tremonti, Fazio e Fitto, che ad agosto chiesero alla Puglia un vero e proprio atto di abdicazione in favore di vincoli, condizioni, prescrizioni, clausole, e per poco anche di ipoteche – tra cui la famosa questione relativa ai processi di internalizzazione –, la cui porta-

ta non ha trovato uguali negli Accordi precedentemente sottoscritti con Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia e Piemonte.

Il comportamento del Governo regionale, nonostante tale atteggiamento oltranzista del Governo, è stato improntato alla massima collaborazione tecnica ed istituzionale, tanto da aver bloccato di fatto il processo di internalizzazione e da aver assecondato una ennesima revisione testuale del Piano di rientro, in stretto raccordo con la struttura tecnica interministeriale.

Questo per una condivisibile ragione e senso di responsabilità istituzionale della Puglia, che non trova comune atteggiamento nel Governo del Paese, cioè quello di scongiurare un gravissimo ed ingiustificato effetto economico-finanziario conseguente alla possibile perdita di ben 550 milioni di euro che la mancata sottoscrizione dell'Accordo avrebbe immediatamente determinato per la Puglia.

Va ricordato che gli obiettivi di equilibrio economico-finanziario sostanziali nel Piano di rientro della Puglia concordato con i Ministeri sono raggiunti comunque senza l'utilizzo dei FAS a copertura dei debiti sanitari, e senza prevedere nuove tasse, e che il Piano offre, oltre le coperture, ulteriori mezzi di copertura a garanzia per 321 milioni di euro nel triennio 2010-2012.

Una "telenovela" che, come ben sapete Presidente e colleghi consiglieri, si è protratta per tutto il 2010 e ha costretto il Governo a dover intervenire in forza di legge per modificare i termini di conclusione dell'iter di sottoscrizione dell'Accordo per il Piano di rientro della Puglia, atteso che, non trovandosi reali punti di debolezza nei confronti del Piano già presentato da maggio, è stata portata avanti per mesi - anzi, per quasi un anno - in modo estenuante e vergognoso una partita politica che ha bloccato la Puglia nell'azione di governo e di miglioramento del Servizio sanitario e ha sospeso tutta una serie di interventi in attesa dei "diktat" romani.

L'Accordo per l'approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e il Presidente della Regione Puglia, come tutti sapete, è avvenuto il 29 novembre scorso, in fortissimo ritardo rispetto ai tempi stessi previsti dal Piano che, come qui brevemente ricordato, era pronto da mesi e prevedeva una tempistica ristrettissima per rispettare le date delle verifiche intermedie da parte della stessa struttura tecnica interministeriale.

Il Piano di rientro, vi ricordo, si sviluppò su quattro linee, o aree di intervento: la riorganizzazione e l'ammodernamento della rete ospedaliera, l'appropriatezza dell'uso dei farmaci, lo sviluppo della integrazione tra ospedale e territorio con la riqualificazione e la riallocazione del personale, la razionalizzazione della spesa, anche attraverso la centralizzazione degli acquisiti, l'implementazione di procedure di monitoraggio e verifica della spesa sanitaria.

Il Governo regionale ha inteso, quindi, coinvolgere immediatamente la competente Commissione consiliare sanità attraverso la discussione di una serie di provvedimenti che ritengo qui solamente di richiamare per titoli, al fine di dare il senso dell'insieme delle azioni conseguite al Piano già messe in campo: la delibera della Giunta regionale del 30 novembre 2010, n. 264; la delibera di Giunta regionale del 14 dicembre 2010, n. 2789 (Provvedimenti per la riduzione della spesa farmaceutica); la delibera di Giunta regionale del 15 dicembre 2010, n. 2791, con cui è stato adottato, in via d'urgenza, il Regolamento regionale che sostanzia il riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia; il Regolamento regionale del 16 dicembre 2010 di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l'anno 2010, poi modificato e integrato dal Regolamento del 22 dicembre 2010; la delibera di Giunta regionale del 15 dicembre 2010, n. 2828, contenente i provvedimenti per la riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera dei farmaci oncologici; la delibera della

Giunta regionale del 28 dicembre 2010, n. 3008 relativa alla costituzione della cabina di regia per il Piano di rientro.

Il Piano di rientro contiene, quindi, una serie di interventi già resi operativi con i provvedimenti sopra richiamati e che riguardano interventi con effetti sulla riduzione della spesa: riordino della rete ospedaliera; riduzione della mobilità sanitaria extraregionale; monitoraggio e razionalizzazione della spesa per accordi contrattuali con le strutture private accreditate; qualificazione delle politiche del farmaco; miglioramento della logistica dei magazzini economici, tecnici e farmaceutici presenti nelle aziende e negli istituti del Servizio sanitario regionale; rideterminazione della consistenza della dotazione organica del personale all'interno delle aziende sanitarie e conseguente adeguamento delle risorse impiegate; ridefinizione degli accordi contrattuali integrativi regionali del personale del Servizio sanitario regionale sulla base di indirizzi regionali; razionalizzazione del ricorso ad acquisto di prestazioni sanitarie aggiuntive, ex articoli 54 e 55 del contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza del Servizio sanitario regionale; blocco totale del turnover.

Permettetemi di ringraziare l'assessore Fiore per le puntali e precise relazioni sia sul Piano di rientro finanziario che su quello di riordino ospedaliero e per tutte le informazioni che ci ha fornito sul lavoro istituzionale che sta compiendo al tavolo Stato-Regioni sul riparto finanziario.

Ringrazio il Presidente della Commissione bilancio, il collega Sannicandro, e tutti i componenti della I e della III Commissione che, insieme al sottoscritto, hanno svolto in questi giorni quel lavoro di audizione delle Istituzioni dei territori interessati al Piano di riordino ospedaliero, dei sindacati, delle associazioni di categoria, degli ordini professionali, che ci hanno permesso di avere il quadro di insieme delle criticità e dei suggerimenti che pure sono arrivati in questo particolare momento.

Nelle Commissioni sanità e bilancio è stato

approvato il Piano di rientro, seguendo linee concordate con il Governo centrale e su cui c'era poca possibilità di manovra, mentre nei prossimi giorni andrà in valutazione il Piano di riordino. Però non è possibile attuare un vero risparmio se non si individuano professionalità e attori che devono realizzare concretamente un'alternativa all'attuale assistenza sanitaria.

In particolare, bisogna spalmare le professionalità presenti all'interno degli ospedali sul territorio, ciò in quanto il territorio non può sopportare una chiusura improvvisa. Non può farlo la medicina di base, non può farlo il 118, non possono farlo i pronto soccorsi, perché non hanno quelle caratteristiche di professionalità e di presa d'incarico e responsabilità sul paziente. Per questo, insieme al Vicepresidente Mazza, abbiamo deciso di avviare un altro giro di consultazioni e di ascolto della Commissione sanità per un monitoraggio, ospedale per ospedale, delle attività svolte, con specifico approfondimento sui servizi ambulatoriali.

Segnalo la responsabilità che hanno avuto i sindaci dei Comuni i cui ospedali sono interessati da dimissioni parziali o totali, che non hanno avuto un atteggiamento campanilistico, ma hanno chiesto per le loro comunità la contemporaneità tra le chiusure e le alternative. Proprio su queste richieste, io credo che dobbiamo lavorare a una proposta di legge che ci consenta di aprire nell'immediato le RSA e i posti letto di riabilitazione negli ospedali dismessi, derogando alle norme vigenti.

Sempre tra le audizioni, molto interessante è stata quella della FIMMG, che, tra l'altro, ci ha indotti ad una riflessione sull'introduzione del ticket di un euro a ricetta che metterebbe gli assistiti nelle condizioni di chiedere la seconda scatola, facendo lievitare il costo generale dei farmaci. Mi chiedo se non sia giunto il momento di pianificare centralmente, a livello regionale, la distribuzione diretta dei farmaci, che deve essere intesa come dispensazione per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle Aziende sanitarie locali,

agli assistiti per la somministrazione al proprio domicilio. La distribuzione diretta può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche o private (distribuzione per conto). Tra l'altro, attraverso accordi con i Comuni, le AASSLL potrebbero aprire dei dispensari nei Comuni dove non sono presenti le farmacie.

Ma sempre a proposito di audizioni, ascolto e proposte, penso ai suggerimenti arrivati dai sindacati, ma anche da tanti colleghi consiglieri delle Commissioni che hanno posto la drammatica questione degli sprechi e di un controllo più analitico sulle forniture di beni e servizi.

Colgo l'occasione per segnalare al Consiglio e al Presidente Introna che, sul tema degli sprechi, c'è la proposta di istituire una Commissione d'indagine, formulata dal consigliere Curto, che è stata accolta dal Governo, tramite l'assessore Fiore, e dal sottoscritto, se tale strumento può essere un'articolazione della Commissione sanità.

Tuttavia, nonostante il lavoro positivo svolto dall'assessore, serve in questo settore una accelerazione sulla centralizzazione degli appalti. Voglio segnalare che in Calabria, non in Emilia-Romagna, la Stazione Unica Appaltante (SUA) nel periodo gennaio-dicembre 2010 ha indetto l'80,3% delle gare, riuscendo a ottenere una riduzione dei costi per l'acquisto di beni e servizi pari a 68 milioni di euro, in particolare nel settore dei farmaci e dei vaccini.

In tempi che reclamano forti azioni di riforma, il problema di ridefinire l'assetto della sanità si ripropone in tutta la sua attualità. Il tema, forte di implicazioni sociali, finanziarie ed economiche di oggettivo rilievo, va evidentemente affrontato sotto un duplice profilo, quello più generale, attento a migliorare, se non a risolvere, le criticità di fondo e quello proprio del nostro sistema sanitario regionale.

Ora, se non vi è dubbio che per definire in modo incisivo i principi in materia di governo

delle attività cliniche si deve mettere mano a un impianto aziendale più solido, tanto nelle scelte decisionali, quanto in chiave di adeguata attuazione delle stesse, riattivando un circuito fondamentale, quale quello delle motivazioni, del senso di appartenenza e di un più proficuo utilizzo delle risorse, è altrettanto vero che occorre assumere come unità di misura della virtuosità l'efficienza dei servizi, in chiave, ad esempio, di tempi di risposta e qualità percepita dai cittadini, così come la capacità di assestare il bilancio secondo i fondi erogati dallo Stato.

Cercare di individuare le fondamentali criticità del sistema è il primo punto che ci siamo posti nella discussione avvenuta su questo provvedimento e sui due regolamenti che sono ancora in Commissione, e ritengo di poterle riassumere come segue: 1. mancanza di regole comuni nelle procedure amministrativo-organizzative tra le varie AASSLL e di omogeneità operativa tra queste, che vanifica ogni logica di sistema; 2. assenza – nonostante gli sforzi di quest'ultimo anno – di una vera collaborazione tra gli Uffici regionali e le AASSLL con lacunosità di direttive *top-down*, non applicate o non applicabili, per carenze logistico-strutturali ed organizzative e fittizia contrattazione di *budget* tra Regione e Direzioni generali delle AASSLL; 3. lacunosità di atti aziendali non di rado disancorati da corrette logiche di gestione; 4. inaffidabilità dei sistemi di controllo a ogni livello e delle modalità di raccolta dei dati, ambienti di lavoro demotivanti; 5. spesa sanitaria solo apparentemente orientata al risparmio, di dubbia attendibilità generale e nei suoi aggregati, in quanto non supportata da un *background* di analisi statistico-epidemiologiche dei principali fenomeni sanitari, ma semplicemente improntata a decisioni estemporanee a risoranza pubblica, all'introduzione di maggiori tasse, palesi od occulte, per le necessarie coperture economiche, senza un effettivo miglioramento dell'offerta di prestazioni.

È del tutto evidente, quindi, come una politica orientata al risanamento esiga l'adozione di una metodologia organizzativa capace di cambiare approcci, comportamenti, finalizzazioni.

Una metodologia organizzativa, che sia in grado di riorientare tutto il sistema, rendere sinergiche le sue componenti, costruire un modello in continua evoluzione virtuosa, rasserenare un clima lavorativo talora torbido, valorizzare in modo non nominale le competenze.

Con l'approvazione della legge n. 42 del 2009 di delega al Governo in materia di federalismo fiscale e con l'avvio dell'iter di approvazione del decreto legislativo sui costi *standard* si apre la sfida di un nuovo assetto del sistema sanitario che, contemplando preliminari interventi perequativi e di omogeneizzazione su tutto il territorio nazionale della presenza di strutture ospedaliere di elevata ed elevatissima specializzazione, si fonda sull'autonomia e la responsabilità delle Regioni nella programmazione e nella gestione del Servizio sanitario a livello regionale.

La sfida riguarda, perciò, anche la funzione nazionale dello Stato, la sua capacità di garantire eguali diritti per tutti i cittadini e un eguale accesso per tutti alle cure mediche, vigilando sul rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il federalismo è un nuovo rapporto tra lo Stato e le Regioni e si fonda, per quanto riguarda le competenze statali, sulle garanzie di eguaglianza di accesso a tutte le necessarie occasioni di assistenza e sulla solidarietà, nonché, a livello locale, su un nuovo equilibrio tra carico fiscale, qualità del *welfare*, autonomia e responsabilità. Si vuole costruire un federalismo, cioè, che sia inteso da tutti come un nuovo patto tra gli italiani, dal nord al sud, capace di rendere più coeso e forte il Paese.

Tutti i cittadini sono eguali nel diritto alle cure e per questo vanno realizzati gli interventi di perequazione e riequilibrio su tutto il territorio, anche considerando aree territoriali in-

terregionali e rapportando l'offerta di elevata ed elevatissima specializzazione ad un predefinito *standard* di popolazione: questo potrà costituire il solo e credibile intervento di drenaggio della mobilità sanitaria extraregionale e l'effettiva responsabilizzazione delle Regioni per garantire risposte appropriate per i LEA in condizioni – obbligo – di sostenibilità economica. La legge n. 42 del 2009 afferma, infatti, all'articolo 2, comma 2, lettera m) il criterio del superamento della spesa storica ed il riconoscimento, a regime, in tutte le Regioni, del fabbisogno *standard* per il finanziamento dei livelli essenziali di cui all'articolo 117 della Costituzione. In tutto il Paese deve essere dunque garantita, a parità di dotazioni erogative, la disponibilità di risorse pari al fabbisogno *standard* per dare certezza di assistenza e di cura a tutti i cittadini.

È compito del nostro sistema sanitario regionale fare in modo che queste risorse siano utilizzate in condizioni di efficienza e di appropriatezza nel proprio territorio, combattendo gli sprechi, la cattiva gestione, la duplicazione dei servizi, i deficit di bilancio. Realizzata la perequazione delle possibilità erogative, per l'applicazione dei LEA una Regione che spende male non può, per questo, chiedere di più. Né si deve chiedere ai cittadini di altre Regioni di pagare il conto per quella Regione che non sa usare le risorse rese disponibili e assegnate con i nuovi criteri.

Federalismo non può significare ridurre le risorse per la sanità: occorre una evoluzione metodologica dei processi erogativi.

Il fabbisogno nazionale *standard* deve corrispondere ai bisogni di assistenza della popolazione. Si può spendere meglio, non spendere meno.

Parità – uguaglianza – di occasioni, di fruibilità di servizi, di eccellenza e, quindi, di completi risultati di salute, sono da considerare presupposti ineludibili, non solo per garantire principi di federalismo solidale in tutte le aree regionali, ma anche per realizzare corrette valutazioni e confronti in ordine alla virtu-

osità delle singole Regioni e per ricondurre all'assorbimento, nel territorio di provenienza, del fenomeno di mobilità extraregionale.

Sono necessarie generali indicazioni metodologiche. In primo luogo, è utile, per garantire migliori condizioni di *governance* assistenziale, che la Regione, in relazione alle peculiarità territoriali, emani disposizioni perché nelle singole sub-aree territoriali (aree vaste, zone, distretti) vengano progettati ed applicati adeguati percorsi aziendali e interaziendali di cura ed assistenza, quali strumenti operativi di riferimento per classi e tipi di patologie a elevata incidenza numerica oppure con grado elevato di impegno assistenziale, ovvero che si riferiscano a fasce di età e/o a cittadini a particolare rischio di morbilità.

Funzionali e propedeutici alla realizzazione degli interventi nei percorsi di cura ed assistenza devono essere sia la progettazione e sia la condivisione, nell'ambito di riferimento, di protocolli diagnostico-terapeutici e di percorsi diagnostico-terapeutici. Di tali strumenti strategici e operativi devono essere formate, a livello aziendale ed anche a livello regionale, apposite "banche" di processi, che devono essere rese accessibili alla conoscenza di tutti, devono essere soggetti a procedure di miglioramento continuo della qualità ed essere considerati come veicoli principali di riferimento per il rendimento di prestazioni appropriate ai LEA, ai costi più ridotti possibili.

L'organizzazione del sistema erogativo deve, perciò, essere realizzata per "processi operativi", con coerente adeguamento delle organizzazioni di attività e delle relazioni-integrazioni interne delle singole aziende sanitarie e degli altri centri di offerta, ma soprattutto con la partecipazione e la condivisione metodologico-scientifica delle scelte in ambito locale da parte degli operatori che devono realizzare tali percorsi di tutela della salute e, primi fra questi, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Nelle azioni dei processi operativi saranno coinvolti ed integrati - quasi sempre - gli in-

terventi di tutti e tre i livelli essenziali di assistenza, cioè quelli della prevenzione, del territorio e dell'ospedaliero.

In vero, raramente un qualsiasi problema di salute può essere risolto con l'intervento di uno solo dei citati livelli di assistenza, essendo necessaria, invece, l'integrazione di più gradi di trattamento: in ciascuno di questi, deve applicarsi una necessaria metodica di continuità di percorso, ovvero l'utilizzo anche degli esiti di precedenti *step* dello stesso percorso di cura e assistenza. Non solo, gradi di ulteriore o più elevata specializzazione degli interventi potrebbero non essere disponibili nelle realtà aziendali (pubbliche o private, anche integrate) o non potrebbero esserlo in modo adeguato e necessario nell'intero territorio regionale: questo potrebbe causare al cittadino bisognoso di tutela una negazione ingiusta della garanzia di un diritto primario costituzionalmente protetto.

Da questi eventi origina la migrazione sanitaria, la quale, se dovesse permanere lo stato corrente, non potrebbe più essere sostenuta economicamente in ogni caso, agli stessi livelli, dalle Regioni di provenienza degli stessi cittadini. Bisogna garantire in relazione ad un determinato standard di popolazione (1.200.000-1.500.000 di abitanti), la realizzazione, la gestione e la "regia" di controllo di una rete di strutture ospedaliere, anche associate o consorziate, nelle quali devono essere garantite, anche articolandone la distribuzione, prestazioni di elevata ed elevatissima specializzazione.

A tali fini, devono essere riconvertite le funzioni attuali di aziende ospedaliere o di importanti centri ospedalieri, anche privati, in cui dovranno essere altresì realizzate le integrazioni di assistenza sanitaria delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università degli Studi, anch'esse con funzioni singole, associate o consorziate per lo stesso ambito territoriale. A queste deve essere affidata la missione di garantire e migliorare il citato livello di alta specializzazione, in coerenza con la

circolazione, ovvero la utilizzazione di tutte le innovazioni rese disponibili dalla ricerca scientifica e dagli insegnamenti di riferimento internazionale.

Forse così sarà possibile applicare corrette verifiche di virtuosità, nella prospettiva di garantire una buona qualità dell'assistenza e conti in ordine, nel rispetto delle risorse assegnate. Sarà il frutto di un processo positivo e coraggioso di innovazione e di ricerca della qualità, come in parte già realizzato in questi anni in altre Regioni italiane, ma anche nella nostra Regione.

L'esperienza insegna che i problemi del disavanzo sanitario sono anche problemi di *governance*. È necessaria una forte accelerazione, per introdurre procedure e regole contabili uniformi e la certificazione dei bilanci delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, sulla base di modelli comuni, che rendano accessibili e confrontabili i risultati economici. È necessario che diventino pienamente funzionanti e integrati i sistemi di monitoraggio della spesa per l'assistenza distrettuale, specialistica e diagnostica, in tutte le AASSLL oltre che, come già avviene, per quella ospedaliera e farmaceutica.

È un limite indicativo dei Piani di rientro non potersi avvalere di sistemi adeguati di raccolta e di elaborazione dei dati che consentano più efficaci correttivi alla spesa e un primo monitoraggio sull'effettiva copertura dei LEA e sulla tutela dei bisogni di salute dei cittadini.

Tali inefficienze devono essere superate e risolte. Pur non considerandolo come strumento di ordinario riferimento, ma soltanto come un intervento di tipo straordinario, il Piano di rientro sicuramente è utile nel contenimento della spesa. Tuttavia, esso ha più caratteristiche di piano di razionamento che di contestuale prospettiva di adeguata coerenza con i bisogni e lo sviluppo necessari, producendo, per altri aspetti, più effetti di recupero finanziario che sostenibilità economica dei bisogni stessi. Pertanto, la situazione è ancora

aperta a diversi esiti ed entra forse ora nella fase più complessa perché ad esso deve succedere un'ordinaria programmazione del sistema di soddisfazione dei bisogni di salute, in una coerente prospettiva di equilibrio economico.

Ora, infatti, di fronte al compito della riorganizzazione dell'offerta di servizi, i vincoli di spesa, sia pur necessari, possono rivelarsi di più complessa realizzazione. Piani complessi di riorganizzazione e di riforma richiedono competenza, trasferimento di *know-how*, investimento mirato, soprattutto nei settori della tecnologia e del digitale. Ciò significa proporsi di organizzare veri e propri uffici straordinari in cui convogliare le competenze tecniche necessarie a supporto dell'assessorato, per aiutare la formazione di una classe dirigente sanitaria, amministrativa e tecnica con una vera autonomia professionale, con un'adeguata esperienza in materia di gestione, di pianificazione, di programmazione e di controllo direzionale, ovvero di esperienza nelle funzioni di orientamento alle scelte delle più appropriate azioni di tutela della salute e della metodologia dell'offerta.

Il vero obiettivo per il nostro sistema sanitario regionale è oggi proporsi il risanamento dei bilanci e, al contempo, il miglioramento della qualità, il rispetto dei LEA, la riprogettazione dell'offerta e ridurre a quelli "incomprimibili" le condizioni e i casi da cui possono derivare situazioni di rischio generale e clinico.

Il trasferimento delle migliori pratiche, adeguandole ai contesti e ai bisogni locali è tutto quello che sarà necessario per dimostrare che il cambiamento si può realizzare. L'organizzazione di una funzione di controllo direzionale e valutazione della qualità delle strutture pubbliche e private; la definizione delle priorità, la riorganizzazione della rete ospedaliera, quella dei percorsi di cura e di assistenza tra ospedale e territorio, il controllo della spesa e i tetti per gli erogatori priva-

ti, il sistema tariffario e il contenzioso, che appare privo di monitoraggi e controlli, gli accordi con le università, l'appropriatezza dei ricoveri e della spesa farmaceutica: è proprio su queste scelte che si gioca il destino del nostro Servizio sanitario, al di là del Piano di rientro che in questa seduta siamo chiamati a votare.

Concludo, signor Presidente e colleghi consiglieri. Qualche giorno fa ho ricevuto una lettera degli studenti della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Foggia, che mi hanno segnalato le difficoltà in cui versa il policlinico foggiano. La lettera terminava con le seguenti parole: «Di fronte a questa prospettiva di futuro continuamente in contrattazione fra ciò che dovrebbe essere semplicemente presente, per garantire una possibilità di adeguata formazione e, quindi, di futuro stesso, ciò che rimane, tra aspettative negate, occasioni tagliate e oggettive impossibilità strutturali, Le facciamo appello affinché la Regione produca ogni possibile sforzo, in collaborazione con gli organi accademici, al fine di garantire la sopravvivenza della Facoltà di medicina e chirurgia di Foggia, sopravvivenza necessaria al territorio, a chi vive in questa città o nelle province limitrofe, sopravvivenza che è possibilità di crescita per il territorio stesso e per chi, come gli studenti che ogni anno vi si iscrivono e di quelli che ne sono già parte, chiede solo che gli venga concessa l'occasione, supportato dalle Istituzioni e non ostacolato da queste, di realizzazione di sé stesso e della propria attività futura, come dovrebbe esser assicurata in ogni libero Stato».

Ecco, la necessità di cambiare passo non è dettata solo dall'esigenza, che noi abbiamo, di assicurare il diritto alla salute ai cittadini pugliesi, ma anche e soprattutto nel dare una speranza concreta a questi ragazzi. Grazie.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione generale. Ricordo il limite dei venti minuti per i Capigruppo e dieci minuti per i con-

siglieri stabilito in Conferenza dei Presidenti dei Gruppi.

È iscritto a parlare il consigliere Palese. Ne ha facoltà.

PALESE. Signor Presidente, colleghi consiglieri, il Consiglio oggi è chiamato all'esame di un provvedimento fondamentale per il presente e il futuro della regione e per l'assistenza sanitaria all'interno della nostra Regione.

Dal punto di vista politico e amministrativo questo provvedimento si intreccia a una valutazione contenuta nella seguente domanda: perché oggi il Consiglio regionale è chiamato all'esame e all'approvazione di questo provvedimento? Perché questo provvedimento è un punto fermo, dal punto di vista gestionale e assistenziale, rispetto alle scelte, alle decisioni e alle responsabilità assunte durante gli ultimi sei anni di vita politica della Regione, ma è anche un punto di partenza. E mi auguro sinceramente che non ci si limiti soltanto all'enunciazione delle tante cose da fare all'interno del sistema, ma che, responsabilmente, si passi anche ai fatti.

È abbastanza evidente che si intrecciano due binari: uno è collegato all'obbligo, in capo alla Regione, di utilizzare uno strumento procedimentale introdotto nel nostro ordinamento, concordemente da Governo e sistema delle Regioni, a partire dal 1° gennaio 2008, allorché alcune Regioni non avevano rispettato il Patto di stabilità interno. Non potendo cambiare i numeri, l'unica possibilità che il Governo nazionale aveva, d'accordo con le Regioni, era di ricorrere a uno strumento, il Piano di rientro, appunto, al fine di sbloccare le risorse.

Noi, all'epoca, abbiamo sollecitato più volte la nostra Regione ad adottare un Piano di rientro per l'anno 2008, così come fecero le altre Regioni inadempienti rispetto al Patto di stabilità, per sbloccare le risorse integrative del Fondo sanitario del 2006 e, successivamente, anche del 2008. Non accadde.

Non ho bisogno di ricordare o di consegna-

re al Presidente Vendola i 21 comunicati stampa emessi sull'argomento specifico. Questa situazione andò avanti per tutto il 2009, quando, in Conferenza dei Presidenti e poi in Conferenza Stato-Regioni, chi all'epoca rappresentava la nostra Regione in quella sede fece opportunamente inserire nel Patto della salute, sottoscritto il 3 dicembre 2009, l'articolo 14 che consentiva nuovamente di presentare un Piano di rientro per ottenere i fondi che ci spettavano, ma che nessuno poteva toccare perché erano bloccati nelle casse dello Stato.

Il Governo Berlusconi recepì, come parte in causa, questa richiesta e la incluse nella legge finanziaria successiva, dove fu inoltre indicata una data per "sterilizzare" la questione anche in riferimento alla scadenza elettorale, e cioè il 30 aprile. Ciò che è accaduto dopo è abbastanza noto.

Ritengo che non sia fuori luogo sottolineare un aspetto, senza per questo voler giustificare nessuno. Non condivido tante affermazioni del tipo che il Governo ha imposto alla Puglia il Piano di rientro. Non è così. Il Piano di rientro è uno strumento che consente alle Regioni di sanare le inadempienze, perché di questo si tratta. Non ci sono altre situazioni.

Tutto l'iter procedurale all'interno del Piano di rientro è sancito in maniera molto particolareggiata da una serie di norme, fissate concordemente dai Governi di centrodestra e di centrosinistra e dal sistema delle Regioni che si sono succeduti a partire dal 2004 a oggi, che, nell'attuazione degli accordi sottoscritti, costringono le due parti, sia le Regioni, sia il Governo, ad attenersi scrupolosamente a quanto è stato concordato con riferimento ai Piani di rientro nel Patto della salute e poi trasferito nelle leggi finanziarie.

Si è detto anche che il Governo non voleva firmare l'Accordo, che voleva il commissariamento. Alla fine la firma è arrivata. Si è detto che c'era una pervicace avversione per alcune leggi al vaglio della Corte Costituzionale. Non solo una, ma tutte perché il comma

95 della Legge finanziaria 2010, recependo gli accordi con la Regione, sospende gli effetti di alcune leggi fino al pronunciamento della Consulta.

L'altro aspetto fondamentale è che le proposte per i Piani di rientro sono avanzate autonomamente dalle Regioni. Non c'è dubbio che il Governo, insieme alle due Regioni che lo affiancano al tavolo della verifica, ai fini di un controllo più stringente all'interno del sistema delle Regioni, possa compiere una verifica limitata solo ed esclusivamente all'analisi della congruità finanziaria delle proposte regionali. Il Governo non obbliga la Regione a prendere una misura piuttosto che un'altra. La dismissione, ad esempio, di diciotto ospedali comporta una certa risultanza finanziaria ed è evidente che il Governo guarda solo ed esclusivamente a questo.

Noi non siamo d'accordo con la proposta della Regione per questo Accordo. Pur avendolo sempre sollecitato e pur ritenendolo uno strumento indispensabile per la nostra Regione, al quale si è arrivati con notevolissimo ritardo, non siamo d'accordo nel merito. L'abbiamo detto a più riprese: avremmo compiuto certamente scelte diverse, avremmo sicuramente ridotto le spese per beni e servizi per quanto era possibile, avremmo attivato contestualmente norme di maggior controllo della spesa sanitaria, avremmo pensato a un nuovo modello organizzativo.

E qui segnalo non una sorpresa, ma un aspetto reiterato. Quando fu varato il Piano della salute per il 2008 con la legge n. 23 del 2008, la maggioranza della nostra Regione disse che il disavanzo annuale della sanità era determinato dallo splafonamento della spesa farmaceutica, da ricoveri inappropriati e da una serie di acquisizioni di beni e servizi ingiustificate da parte dei direttori generali.

All'epoca non si intervenne, e oggi, di nuovo, abbiamo ascoltato gli stessi problemi. Io ho letto, ma ho anche ascoltato con molta attenzione, assessore, la relazione del Presidente Marino, il quale ci dice tutto ciò che

deve essere fatto rispetto alla spesa farmaceutica, rispetto al potenziamento della medicina territoriale, rispetto alla spesa per beni e servizi. Addirittura entra nel merito di una questione che noi proponiamo da sei anni, e cioè l'acquisizione centralizzata di beni e servizi, citando come esempio la Regione Calabria.

Di questo però nel Piano non c'è traccia. Di nuovo, si viene qui in Aula a dire che la situazione è perfettamente nota; si fa addirittura un passo avanti, affermando di sapere anche come bisognerebbe intervenire, per esempio, sulla spesa farmaceutica – non ponendo il ticket e quant'altro – e su altri argomenti, come il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Di fatto, sono state elencate le motivazioni, delle quali noi abbiamo sottolineato le tre principali, che spiegano perché non voteremo questo provvedimento. Noi diciamo che si sarebbe potuta ridurre la spesa di beni e servizi, invece di agire sull'assistenza: nel provvedimento questo non è previsto, ma si afferma che è ciò che andrebbe fatto. Lo stesso per la spesa farmaceutica e per il problema del modello organizzativo.

Immagino che l'importanza di questi argomenti non possa sfuggire. Noi dobbiamo considerare e costruire l'altro pilastro del sistema. Dobbiamo costruire il sistema di controllo della *governance* e un nuovo modello organizzativo, gestionale e funzionale della nostra sanità. Questo non traspare affatto dalla proposta. Nonostante il Piano che oggi il Consiglio approverà, l'anno prossimo saremo costretti a registrare di nuovo disavanzi se non interveniamo sulle cause che li procurano, cause individuate dalla stessa maggioranza nel Piano della salute del 2008 e su cui oggi, nella relazione del Presidente della Commissione sanità, ci viene spiegato come si dovrebbe intervenire. La parte principale è senza dubbio quella che riguarda il modello organizzativo.

Io ho polemizzato fino a questa mattina con il collega Decaro per un altro motivo, per

il lato assistenziale di questo provvedimento. Noi riteniamo che, indipendentemente dal Piano di rientro, avendo la nostra Regione sottoscritto l'accordo tra Stato e Regioni col Patto della salute del 23 marzo 2005 e del 2009, come tutte le altre Regioni, si sarebbe dovuto adottare il provvedimento di ristrutturazione della rete ospedaliera perché si passava da 5 posti letto a 4,5 con l'intesa del 2005 e da 4,5 a 4 con quella più recente.

Anche con riferimento ai regolamenti, non viene disegnato nessun modello organizzativo. Noi abbiamo sollecitato l'assessore in Commissione – e sarebbe molto importante per la Puglia un confronto su questo – affinché il regolamento sulla distribuzione dei posti letto fosse preceduto da un altro provvedimento concernente l'assetto del modello organizzativo.

Io sono preoccupato di questo aspetto. Sono fortemente preoccupato perché non vorrei, Presidente Vendola, che l'opportunità che abbiamo avuto nel 2005 dal punto di vista del modello organizzativo non fosse colta nemmeno in questa fase. Sarebbe veramente un danno incredibile per la Puglia, per il presente e per il futuro. Al di là del miliardo di euro delle addizionali negli anni, nel 2010 100 milioni di euro del bilancio autonomo, che ci permetterebbe di fare tante cose, sono andati a finire nella copertura del disavanzo.

Dico questo per cercare di individuare la responsabilità politica di questi anni, al di là delle polemiche, dei controlli e quant'altro. La principale responsabilità politica è quella di non avere sfruttato ciò che noi, come Regione, eravamo riusciti a conquistare nel 2005 con il Patto della salute dell'epoca, scendendo da 5 posti letto a 4,5, perché non è stato soppresso l'obbligo di distribuire i posti letto per lo 0,50 alla riabilitazione e per lo 0,50 alla lunga degenza.

Allora si era creata una grande opportunità per la Puglia che purtroppo non è stata colta. C'era già una proposta che negli anni non è stata modificata. Come mai durante la campa-

gna elettorale del 2005 è stato dichiarato che il primo atto della nuova Giunta sarebbe stata la revoca del Piano approvato dalla Giunta precedente e poi non è stato così? Si è chiesto mai qualcuno perché non è stato revocato?

Oggi ci troviamo di nuovo davanti allo stesso problema rispetto al modello organizzativo. Oggi, nel costruire il modello organizzativo, ci si chiede se la Giunta regionale, indipendentemente dal colore, sia nelle condizioni di modificare le scelte compiute all'epoca in merito non al numero dei posti letto, ma ai reparti previsti negli ospedali di grandi dimensioni, come il Vito Fazzi, il SS. Annunziata, il Perrino, il Di Venere, il San Paolo, il Policlinico, gli Ospedali riuniti, o negli enti ecclesiastici di San Giovanni Rotondo, di Tricase, al Miulli, negli IRCCS pubblici di Bari e di Castellana Grotte o negli ospedali di medie dimensioni tipo Casarano, Monopoli, Cerignola. Cito solo questi. Io non credo. Le discipline ospedaliere erano già state tutte definite all'interno di questi presidi e sono ineliminabili, sono immutabili.

Se è così, la riforma del 2005 dove incidere? Dov'era la scommessa, al di là di quanto detto prima a proposito del modello? La scommessa è sui piccoli ospedali e sull'assistenza territoriale. Allora, noi dobbiamo disegnare l'offerta che necessariamente deve essere proposta. È inimmaginabile che un patrimonio strutturale, tecnologico e professionale dimensionato su diciotto ospedali non abbia un modello organizzativo che lo completi.

I distretti sociosanitari di base, dopo trent'anni e più dalla riforma, culturalmente ognuno di noi li considera anche peggio rispetto al livello di assistenza che producono. Li vediamo come centri di amministrazione, di riunioni sindacali, ma non per quello che dovrebbero essere.

Noi non possiamo contrarre il numero di posti letto in base alla proposta che è stata presentata senza predisporre, con un'autentica rivoluzione, una nuova offerta sanitaria. Tra non molto succederà ciò che già vediamo nei

pronto soccorsi intasati di persone. Lo vedremo nei reparti, aumenteranno le liste di attesa, aumenterà la mobilità passiva eccetera.

Noi dobbiamo essere in condizione di creare strutture e ospedali che realizzino ciò che si è detto, e mi riferisco al *day hospital*, alla *day surgery*, al *day hospital* medico, all'assistenza all'interno, ai posti letto e quant'altro. Sarebbe grave se quanto il PD ha chiesto in qualche nota anche in Commissione non fosse realizzato nei fatti. Dobbiamo andare oltre e far sì che questi ospedali siano utilizzati a pieno regime in relazione ai fabbisogni di prestazioni sanitarie della nostra Regione.

Noi non ci sottrarremo, nella maniera più assoluta, al problema del modello organizzativo, né faremo l'errore di incitare i sindaci ad andare al TAR o di comportarci come la sinistra ha fatto all'epoca, nel 2005. Questa è una partita decisiva per il presente e per il futuro della Puglia, non solo dal punto di vista sanitario, ma anche per ciò che sta accadendo nel nostro Paese con il passaggio ai costi standard, all'autonomia, al federalismo e quant'altro.

Noi abbiamo offerto all'assessore la nostra disponibilità, così come oggi, responsabilmente, abbiamo detto sì al Presidente Introna e all'assessore. Se il 7, 8 e 9 febbraio si discuterà del riparto del Fondo sanitario nazionale, la nostra Regione deve essere nelle condizioni di presentarsi a quel tavolo avendo approvato tutto, con una credibilità e una forza politica tali da pretendere che qui arrivino le risorse nonostante il centro-nord sia schierato per il blocco delle risorse contro il centro-sud. Pur non condividendo nel merito il Piano di rientro per i motivi che ho detto, in questo riteniamo di dover dare tutto il nostro contributo.

In Commissione sanità l'assessore ha parlato di una regia amministrativa, costituita dai dirigenti Aulenta, Pomo e Candela, rispetto a una serie di problemi che devono essere affrontati, ma anche di un Ufficio del personale. Sul problema delle dotazioni organiche e del personale occorre fare atten-

zione: o avanziamo proposte avendo cognizione di che cosa c'è all'interno delle AASSLL oppure rischiamo, per i tempi e non solo, di far fallire qualsiasi proposta giunta dalla Giunta regionale.

Anche in questo, assessore, al di là delle disposizioni di legge, è importante riuscire a capire subito cosa fare. Si continua a dire che il *turnover* è bloccato. Certo, è bloccato da una vita! Il problema è un altro, trovare un'apertura. Bisogna andare nella direzione che ci permette subito di costruire. Le deroghe rappresentano una tutela, ma non solo per la Regione o per le casse regionali; se attuate correttamente, con professionalità e con cognizione di causa, in maniera scientifica, le deroghe sono una grande opportunità per non lasciare i cittadini senza assistenza. Collochiamo il personale dove serve e per quel che serve. Su questo ci troverete sempre d'accordo. Non è possibile che oltre 2000 persone – e non si capisce bene se è vero o no – rischino il posto perché assunte al di fuori delle piante organiche.

Dobbiamo uscire da queste situazioni. Il nostro Paese, non solo la Puglia, ha vissuto una grande fase. A seguito di una serie di blocchi delle assunzioni, con la riforma Bindi, attuata dal decreto 229/1999, che dava la possibilità di stipulare contratti a tempo determinato per le prestazioni sanitarie al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza, anche nel settore della sanità si era creato il cosiddetto precariato interno di ruolo. Al 31 dicembre 2009, ben 410 mila persone erano state stabilizzate in tutta Italia. Noi abbiamo sempre votato a favore di questi provvedimenti e nella nostra Regione sono stati stabilizzati circa 9000 tra infermieri, medici e altro personale.

Siamo in un contesto in cui questo problema nella nostra Regione, inderogabilmente, si sta ripetendo e non sappiamo perché. La mia non è una denuncia, Presidente. È uno stimolo per tutti perché questo è un problema fondamentale per la riforma della sa-

nità e per l'assistenza in genere. Bisogna capire che cosa è successo e che cosa dovremmo fare.

Un altro problema, assessore, è quello di individuare subito, essendo in un momento di blocco, le professionalità che occorrono, mi riferisco in particolare ad anestesisti, cardiologi eccetera, perché abbiamo la possibilità di applicare le procedure di mobilità straordinaria. Questi sono passaggi fondamentali. Dobbiamo tener presente il regime di assistenza, non solo tutto il resto.

Mi auguro veramente che soprattutto quanto proposto sul modello organizzativo e funzionale sia vagliato con grande apertura e cognizione scientifica. I fabbisogni sanitari della nostra Regione, come dappertutto, sono in continua evoluzione. Io sono spaventato dall'eventualità che qualcosa possa non funzionare bene, aggiungendo il danno della mobilità passiva. In questo caso non riusciremmo a mettere a regime il sistema in termini di controlli, da un lato, e a incidere in maniera pertinente, dall'altro.

Quanto alla possibilità di investimenti, che pure viene data, anch'essa comporta una scelta politica: è urgente decidere il modello organizzativo e quali prestazioni debbono essere erogate all'interno dei diciotto ospedali. È un punto centrale perché se noi scegliamo la strada "A", cioè quella di potenziare al massimo e subito le strutture per far diminuire le liste di attesa, per fornire le prestazioni che mancano – qualcuno parla di RSA, qualcuno parla di altri servizi –, non c'è dubbio che i 130 milioni di euro stanziati dal Governo vadano subito utilizzati in quella direzione, essendo presenti come competenza e cassa. Se invece compiremo altre scelte nel tempo, seppur necessarie – io non le conosco, ne sento accennare –, allora dovremo fare molta attenzione.

Per questo motivo, credo che nei prossimi giorni il confronto che ci vedrà impegnati in Commissione sanità e in Commissione bilancio sul regolamento relativo all'offerta sanita-

ria e ai posti letto sarà sicuramente un confronto di merito. Io però le ribadisco, assessore, che sono convinto della necessità di adottare a monte un provvedimento che determini i principi e le basi fondamentali del nuovo modello organizzativo; il resto scaturirà *de plano*.

Poco fa ho elencato il 90 per cento dei posti letto del nostro sistema sanitario. È inutile girare attorno al problema: potremmo cambiare il “numeretto”, ripeto, ma le discipline ospedaliere rimangono quelle. Non possiamo immaginare di eliminare chirurgia toracica al Vito Fazzi di Lecce o al Policlinico.

Mi avvio alla conclusione, Presidente, e la ringrazio per la pazienza. Noi riteniamo che questo elemento sia fondamentale anche perché ci siamo accorti che, in presenza di atti procedurali e regolamentari della nostra Regione – mi riferisco, assessore, alle leggi n. 25 e n. 26 per quanto attiene ai PAL e agli altri procedimenti –, di pari passo con la base del nuovo modello organizzativo occorre cambiare e concertare qualche riforma anche nell’ambito delle direzioni generali. Per alcune leggi è necessario formulare apposite determinazioni attuative.

Questa era la seconda parte del mio intervento e la prego, Presidente, di valutarla nella maniera più positiva possibile. Ritengo che ci siano state delle grosse responsabilità politiche in questi sei anni perché si poteva fare molto dal punto di vista organizzativo e funzionale, soprattutto quando la Regione ha avuto la grande opportunità di uscire dal vincolo dei 0,50 posti letto di riabilitazione e di lunga degenza. Non è stata colta.

Oggi, però, faremmo veramente un grave torto alla Puglia se non affrontassimo tutti insieme la questione organizzativa e funzionale con coscienza e autonomia, nell’interesse vero della Puglia.

PRESIDENTE. Mi auguro che i colleghi non seguano l’esempio del consigliere Palese.

Per ripristinare le regole mi affido, pertanto, al collega Losappio.

È iscritto a parlare il consigliere Losappio. Ne ha facoltà.

LOSAPPIO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, regalerò un po’ del mio tempo. Anch’io credo che siamo di fronte a un momento importante, il collega Palese ha detto decisivo, della vita della Regione, e questo per tre motivi. Primo, perché noi oggi evitiamo l’onere e anche l’orrore del commissariamento. E credo che questo vada a merito di tutto il Consiglio regionale e di tutto il sistema Puglia perché, per stare al testo della relazione del collega Marino, difendere il diritto alla salute dei pugliesi in condizioni di commissariamento comporterebbe un maggior numero di difficoltà. Quindi, se la bussola delle nostre azioni è cercare di garantire il diritto alla salute, una delle condizioni che ci mette di fronte a questa possibilità e anche alle nostre responsabilità è, appunto, evitare il commissariamento.

Non credo che, se il commissariamento viene evitato, il merito è del centrosinistra e il beneficio è del Presidente Vendola. Il beneficio è di tutti i pugliesi e il merito è di tutto il Consiglio regionale. Del resto, in questi anni, abbiamo dimostrato di essere l’unica Regione in grado di evitare tali forche caudine coprendo, come è noto, il deficit sanitario con altri fondi, senza contrarre debiti. Quindi, dentro il rischio del commissariamento c’era anche un che di diabolico, una specie di sberleffo, perché tutti i nostri sforzi, così come sono stati praticati in questi anni, per evitarlo sarebbero poi naufragati in relazione al Patto di stabilità, vale a dire in relazione ad altra partita che è collaterale e parallela, ma non è il problema della sanità e del suo deficit.

Il secondo motivo per cui siamo di fronte a un momento importante è che con la sottoscrizione dell’Accordo che ci accingiamo a firmare, pur nelle distinzioni legittime delle posizioni politiche fra Governo regionale e

Governo nazionale – questo è l'accordo –, noi rimpinguiamo la nostra provvista finanziaria di quei famosi 500 milioni di euro, con un congruo anticipo e un saldo progressivo a verifica dell'adempimento di quanto andiamo a sottoscrivere. E anche qui io credo che ci sia un solo vincitore, non il Governo nazionale, non il Governo regionale, non lo schieramento "x", non lo schieramento "y".

Questo denaro serve al nostro sistema sanitario, a maggior ragione ora che si addensano nubi e temporali sul Fondo sanitario nazionale, come ha già rimarcato il collega Palese, nella prossima riunione del 7 e dell'8 di questo stesso mese.

Questo denaro è ossigeno che serve a noi, che serve alla Puglia, che serve a far funzionare gli ospedali come la medicina sul territorio, che serve per vivere meglio, per poter garantire il diritto alla salute. Questo, quindi, è un secondo elemento positivo che, insieme al mancato commissariamento, rende importante questa riunione.

Poi ce n'è un terzo e cioè che, pur di fronte a una situazione socialmente dolorosa, perché tale è, al di là delle dinamiche legislative, un qualsiasi provvedimento che blocchi il *turnover* o che tagli determinati ospedali, abbiamo davanti un'occasione. Certo, le occasioni non ce le possiamo scegliere. Questa ci capita in una situazione di addensamento come ho detto prima, nuvolosa.

Avremmo preferito affrontare questo tema con il cielo sereno, ma non spetta a noi, non sta tutto nelle nostre mani. Certo è che il combinato disposto del Piano di rientro e del successivo Regolamento del Piano di riordino offre al sistema salute della Regione Puglia la possibilità di una verifica e di una fase nuova e diversa.

Tanto per iniziare, si è avuta una discussione pubblica interessante, partecipata; è stata anche lungamente dettagliata dalla relazione del Presidente della Commissione III. Una discussione che a volte si è concentrata su elementi di localismo e di municipalismo esasperato e che ha scontato, come è logico, una certa dose di strumentalità politica. Ma non è

a questa discussione che io faccio riferimento.

Faccio un esempio. C'è un ospedale della Provincia di Bari, vicino alla mia città, vicino a Bari, dove pochi giorni fa si è tentata, da parte di una forza politica, una manifestazione a difesa dei 50 mila cittadini che verrebbero privati del loro ospedale. Questa era la logica.

Si sono scomodati parlamentari, parlamentari europei e quant'altro per denunciare: ci tolgono l'ospedale.

I cittadini di questa città che hanno avuto a che fare con il Sistema sanitario sono circa 12 mila, cioè 12 mila cittadini di questo centro – di cui non faccio il nome – son dovuti ricorrere alle cure sanitarie ospedaliere: 12 mila.

Si potrebbe affermare che per 12 mila persone l'ospedale serve, sono un bel gruppo. Ebbene, di questi 12 mila cittadini di quella città, quelli che hanno fatto ricorso all'ospedale della loro città sono 1.600. Gli altri 11 mila circa si sono recati al Di Venere, al San Paolo, al Policlinico, all'ospedale di Barletta. L'ospedale di quella città è chiuso dagli stessi cittadini di quella città, non dal provvedimento amministrativo.

Dei 1600 cittadini che hanno usato quella struttura ospedaliera, quelli che hanno subito operazioni chirurgiche – e la chirurgia è l'elemento che caratterizza l'esistenza di un ospedale – sono due. Ripeto, due.

Ora, è evidente che non si può tenere aperto un ospedale per due interventi chirurgici, anche se nominalmente è collocato in una città di 50 mila abitanti. È evidente che quello non è già più un ospedale. Quando si fuoriesce da questo tipo di discussione e il dibattito si allarga, come si è fatto anche in molte sedi istituzionali con incontri a cui ha partecipato l'assessore Fiore, come si è fatto con interventi di settori e di forze vive che operano nel sistema sanitario, come si è fatto con gli interventi della cittadinanza attiva, allora sì che siamo di fronte a una possibilità e a una occasione.

PRESIDENTE. Colleghi, non è corretto volgere le spalle a un collega mentre sta par-

lando. Nessuno di noi gradirebbe, mentre parla, che i colleghi si voltassero dall'altra parte. Chi ha bisogno di parlare, vada a prendere un caffè.

LOSAPPIO. Grazie, Presidente, ma a me il clima rilassato fa piacere. Oggi più siamo rilassati, meglio mi sento anch'io. Ho avuto qualche problema di salute, così non divento troppo rosso e troppo aggressivo.

In conclusione di questo mio ragionamento, se il Presidente Palese propone di camminare insieme in questa nuova stagione che si aprirà, a fronte di quanto si determinerà con l'approvazione di questa legge, io penso che come coalizione di centrosinistra e come Governo non avremo nessuna difficoltà, anzi, avremo l'interesse ad andare a vedere le carte.

E già nella discussione sul Piano di riordino, quando cioè si passerà dalle questioni di carattere finanziario alle questioni di carattere sanitario – perché le due cose hanno sì un collegamento, ma non possono essere affastellate, trattandosi di due distinti provvedimenti –, allora noi avremo l'occasione di verificare se saremo effettivamente in grado di cogliere o meno questa opportunità che abbiamo di fronte.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Romano. Ne ha facoltà.

ROMANO. Signor Presidente, vorrei chiederle, avendo contingentato i tempi, e dovendo io parlare a nome del Gruppo del Pd, se il tempo a mia disposizione è di dieci minuti o di venti.

PRESIDENTE. Se lei parla in vece del Capogruppo ha venti minuti.

ROMANO. Per questo le sto ponendo il problema.

PRESIDENTE. Lei ha venti minuti, come i

colleghi Palese e Losappio. Ha soltanto la facoltà di utilizzarli tutti o meno.

ROMANO. A me preme intanto sottolineare la disponibilità del Consiglio ad affrontare queste problematiche con uno spirito diverso, più aperto al confronto. Su questo tema, su questa materia – mi dispiace che il Presidente Palese sia un po' distratto – abbiamo consumato un decennio di tentativi. La *ratio* sottesa alle scelte di dieci anni fa dell'allora Presidente Fitto è identica a quella di oggi, è quella dei conti, della cassa e via elencando.

Io ho vissuto l'esperienza – e ringrazio il Presidente Marino per averla portata avanti – delle audizioni della Commissione competente. Essendo una persona che riflette e poi dice ad alta voce ciò che ha pensato, devo dire che questa esperienza mi ha consegnato una problematica. Abbiamo ascoltato una montagna di riflessioni, siamo stati tirati per la giacca e abbiamo sentito difendere i "campanili". È legittimo, è qualcosa che io colloco sul versante degli interessi delle parti in causa. La sanità è una materia complessa, molto delicata, e fra qualche minuto affronterò anche questioni di merito. Rispetto, però, a questa esperienza, ritengo di dover suggerire all'assessore, se non vogliamo sbagliare, di circondarsi con una campana di vetro che gli consenta di ascoltare tutti, ma di avere in testa un percorso preciso per ammodernare il sistema.

Sono d'accordo con chi sostiene che questa è una partita delicata e difficile, però è un'occasione storica per la Puglia, che parte dalla necessità di consegnare al sistema sanitario regionale le risorse che oggi mancano per via del Piano di rientro. È un obbligo per tutti, se guardiamo al bene della Puglia, e questo obbligo deve travalicare anche i confini degli interessi di parte, perché filosofare sarà possibile un attimo dopo.

Dico questo perché il Presidente Palese richiamava il tema della spesa farmaceutica. È un tema importante che nel mandato precedente abbiamo affrontato: siamo intervenuti

sugli inibitori di pompa, abbiamo prodotto contrazione per i primi tre mesi e siamo ritornati al lavabile tre mesi dopo. Siamo intervenuti sul peso specifico dei DRG. Ho letto ieri, per esempio, le linee guida sul Dipartimento materno infantile licenziate dal Governo nazionale che la Conferenza Stato-Regioni ha recepito. Ricordo che nel 2007 in quest'Aula tentammo di far approvare un emendamento che ribaltasse il peso specifico dei DRG, rendendo più leggero quello del parto cesareo e più congruo quello del parto naturale. Quell'emendamento fece una brutta fine, non passò, e si confermò quella proporzione.

Quando il Presidente Fitto sentì la necessità di modernizzare e di mettere mano all'accesso al ricovero in Puglia, un aspetto di cui parlerò fra un attimo, spalmo sul territorio regionale un bel po' di reparti sovrapponibili: la lungodegenza, la geriatria e via elencando. Fu un'operazione intelligente dal punto di vista del modello organizzativo richiamato dal Presidente Palese, perché ammortizzò il conflitto sociale rispetto all'impatto della chiusura o della riconversione delle strutture.

Dopo dieci anni abbiamo il dovere di riflettere su quello che è successo. Dopo dieci anni ci rendiamo conto che le lungodegenze di allora oggi non sono altro che reparti di medicina in cui sono stati ricoverati formalmente i cittadini che si sono rivolti a quell'ospedale: questo è ricovero improprio. Lo stesso si può dire dei reparti di geriatria in conflitto con i reparti di medicina interna.

L'altro dato al quale bisogna fare riferimento come sistema sanità nella sua interezza è la concorrenza impropria che si attiva con l'utilizzo dei posti letto, la cui percentuale viene garantita anch'essa attraverso il ricovero improprio.

Nel 2008, quando abbiamo approvato il Piano sanitario regionale, non abbiamo parlato di Piano di riordino. L'approccio culturale alla ospedalizzazione è completamente diverso. Ci ponemmo questo problema e il tema di allora della reingegnerizzazione del sistema

partiva proprio dall'assunto di dover spostare l'accesso all'ospedalità al territorio, alla prevenzione, a un percorso diagnostico-terapeutico che consentisse operazioni di questo genere.

Vengo alla spesa farmaceutica. Siamo intervenuti alcuni anni fa sugli inibitori di pompa, ma non siamo riusciti a risolvere nulla. A proposito della spesa farmaceutica, esiste un modello, Presidente Palese, che sia universalmente riconosciuto come strumento attraverso il quale si ottiene *de facto*, una volta avuta la norma, il risparmio? Avete sperimentato la ricetta, il *ticket* sulla ricetta, il *ticket* sul farmaco, ma la sostanza rispetto al tema del risparmio e della contrazione della spesa è stata praticamente nulla.

Da qualche parte in Italia si è sperimentato il sistema - l'assessore Fiore lo sa sicuramente meglio di me - del carotaggio sulla spesa. Chi lo ha sperimentato ha fatto emergere un dato: probabilmente la risposta più giusta è quella del percorso diagnostico-terapeutico concertato.

Sostanzialmente non esiste, allo stato, atteso l'approccio culturale alla fruizione del farmaco, una soluzione che garantisca una contrazione e che riporti l'Italia, per l'utilizzo del farmaco nell'alveo dei Paesi comunitari, quali Francia e Germania, che stanno sperimentando da un po' di tempo la prescrizione finalizzata e temporale: se dopo un dato periodo non rientra la patologia, la persona paga il farmaco usato prima e quello che deve utilizzare dopo.

Sono sperimentazioni utili, perché il tema è importante, atteso che intorno alla tematica del farmaco e della farmacologia esiste una montagna di interessi grande quanto il mondo e che forse sta arrivando anche sulla Luna.

L'unica questione che non ci possiamo permettere in questa fase è di buttare l'acqua sporca insieme al bambino. Ho sentito sempre, e gliene do atto, del tema che, rispetto alla sfida di oggi, il Presidente Palese pone sulla *governance*. Perfetto: è un assunto, una questione delicata che sta sul tavolo.

Siamo convinti, però, che nel Sistema sanitario nazionale basti la *governance* per risolvere tutti i problemi di verifica, controllo e appropriatezza del sistema stesso? Siamo convinti che siano adeguati i vincoli che abbiamo dato al sistema, che praticamente non mette il direttore generale e neanche il primario nella condizione di poter spostare una funzione inappropriata?

Tutte queste questioni vanno ottemperate rispetto agli obiettivi per i quali stiamo lavorando. Quali sono tali obiettivi? Sono quelli dell'ammodernamento, un'operazione che avete tentato voi e che adesso stiamo tentando noi. Oggi, a mio avviso, la competenza dell'assessore regionale può aiutare il popolo pugliese e la Regione Puglia a percorrere un tratto di strada che consenta di superare i punti di criticità che esistevano, che esistono e che, se non li affrontiamo, esisteranno ancora.

L'accesso al ricovero in Puglia – se sbaglio, l'assessore mi corregga – è uno dei più alti d'Italia: siamo a 240 ricoveri per 1.000 abitanti, secondo l'ultimo dato che ho letto in queste settimane. L'inappropriatezza del ricovero in Puglia è una delle più alta d'Italia. Ciò significa che il modello, la *governance* della quale parla il Presidente Palese, è una sfida sull'ammodernamento del sistema, che deve, non può, interessare tutti gli attori.

Io nutro una paura, che sto toccando lavorando con il territorio, contattando sindaci, incontrando consiglieri e delegazioni di cittadini. Temo, cioè, che questo tema, la sfida di oggi della razionalizzazione della rete ospedaliera, per deficit politico di tutti, a partire da me – non voglio attaccare nessuno –, venga percepito dalla popolazione come il razionamento dei servizi. In tal caso, ciò non ci consentirà di compiere nemmeno un piccolissimo passo in avanti.

Il razionamento dei servizi deve fare i conti poi, se è vero quanto abbiamo affermato – non mi stanco mai di citarle –, a partire dalle dichiarazioni del Presidente Palese, con la sfida che abbiamo dinanzi oggi.

Il modello è quello sul quale gli Stati stanno lavorando ormai da dieci anni: *hub and spoke*, centro e raggi, l'eccellenza provinciale, che ha alcune specificità di eccellenza, il territorio che deve drenare e offrire una risposta di ospedalizzazione alla chirurgia di elezione, al ricovero per patologia d'organo.

Questo è il livello provinciale che deve fare i conti, a sua volta, con l'altra dimensione regionale, sempre nella logica dell'*hub and spoke*. Dobbiamo avere un centro di eccellenza regionale che copra su tutto il territorio patologie complesse, che possono su questo tema drenare la mobilità passiva, con le eccellenze provinciali che si integrano con tale modello. Credo che le questioni delle quali stiamo parlando vadano in questa direzione.

Vengo ai temi. Abbiamo affrontato la centralizzazione nel 2006-2007, quando spostammo la componente economico-finanziaria della sanità all'assessorato competente. Non abbiamo compiuto un passo in avanti.

Oggi l'assessore Fiore ripropone un modello attraverso il quale individua i punti di riferimento centralizzati sulle criticità del sistema stesso, ossia il personale, il dato economico-finanziario, le trimestrali di cassa come riferimento della proiezione della spesa su base annua. Quante volte abbiamo tentato, nel mandato precedente, di avere una trimestrale di cassa che ci consentisse di proiettare?

Sono discussioni che sono state svolte in quest'Aula. Ricordo gli interventi del collega Surico su questa materia. Ciò significa che la *governance*, nonostante le buone volontà politiche, cozzava con interessi che sfuggono alla politica.

Qual è oggi il tema? La strada che siamo intraprendendo è quella utile per superare queste criticità, oppure stiamo ripercorrendo gli errori che abbiamo compiuto negli anni passati? Mi sento di poter affermare in quest'Aula che il lavoro compiuto dall'assessore è un lavoro importante, che ci consente di mettere a regime le tematiche sulle quali stiamo lavorando, da un lato centralizzando,

avendo sotto monitoraggio, ma, dall'altro, sapendo – questa è l'esperienza che abbiamo già consumato – che su questo tema abbiamo scontato un deficit di personale dedicato.

Sul versante amministrativo, come abbiamo affermato in più occasioni, l'assessorato alla sanità in Puglia, a parità di popolazione, è un decimo di quello di altre Regioni d'Italia che hanno la stessa popolazione: individuato il capo, ci mancherà il sotto capo, l'ufficiale, il tenente, il caporale. Ritengo, però, che la strada – di questo stiamo parlando, in merito al Piano di riordino – sia quella giusta.

Su ospedale e territorio, razionalizzazione e razionamento dei servizi vorrei richiamare le novità che sono sul tavolo della politica in queste settimane.

Ieri ho letto le linee guida registrate dal Governo nazionale sul Dipartimento materno-infantile e sulla sua messa in sicurezza. Nelle linee guida si parla delle percentuali di ricorso al parto cesareo, che devono ridursi, contrarsi molto.

Abbiamo esperienze di questo tipo nella nostra Regione, però vi sono altre elaborazioni che tengono conto dell'evoluzione sanitaria nel nostro Paese e che incominciano a ripetere ciò che accadde nel 2008. Allora licenziammo il Piano regionale della salute e ci attestammo e incagliammo sul posto letto al 4,5 per mille abitanti, ma già allora discutevamo dell'orientamento del Governo e sapevamo che le linee guida che stavano per licenziarsi parlavano di un abbassamento della soglia dal 4,5 al 4,1 per mille.

Oggi abbiamo compiuto le operazioni che sappiamo nel riordino della rete e abbiamo stralciato, sempre nelle linee guida, questioni che citammo nel Piano regionale della salute, come la parte competente, lo 0,7 se non ricordo male, dell'aspetto riabilitativo della patologia.

PRESIDENTE. Invito tutti, compresi i cittadini che sono tra il pubblico, la stampa e soprattutto i consiglieri regionali, che non devo-

no mai porgere il tergo alla Presidenza, a osservare il doveroso silenzio. Chi è stanco può spostarsi al bar, offro un caffè volentieri, purché vi calmiate e ci consentiate di svolgere i lavori in tranquillità. Non vi richiamerò più, ma farò sgombrare l'Aula. Grazie.

ROMANO. Bisogna considerare gli strumenti regolamentari sui quali si sta lavorando in Italia, perché il tema del costo del sistema sanitario non è pugliese, ma nazionale e, quindi, la necessità di rientrare nei parametri comunitari rispetto all'accesso alla cura e alla prestazione di ospedalità è una questione importante.

Vorrei cercare di far comprendere che, da un lato, il Dipartimento con le modifiche che stanno intervenendo e, dall'altro lato, la rivisitazione del sistema del *day surgery* sono stati un punto di riferimento importante negli anni trascorsi, che hanno visto ridurre i posti letti che produceva la SDO.

Oggi stiamo andando verso un altro modello, atteso che le linee guida per alcune patologie ci mostrano che non è neanche necessario il posto letto. Il tema è quello della razionalizzazione e non del razionamento delle prestazioni. Il messaggio che la Puglia deve trasmettere è che, a parità di condizioni, il rapporto del cittadino e della patologia del cittadino con l'offerta che egli trova sul territorio è un approccio importante.

Oggi sappiamo che l'accesso degli ospedali piccoli è una percentuale molto bassa, che, in linea generale, per tutti i presidi ospedalieri della nostra Regione la scelta del cittadino è molto più oculata rispetto a quella di dieci anni fa, che, quando la patologia è grave, il cittadino si rivolge laddove trova la risposta migliore.

Ciò premesso, con il modello *hub and spoke* del quale parlavo prima noi possiamo mettere in sicurezza le prestazioni ambulatoriali che non hanno bisogno di ricorrere al posto letto, ma che mostrano di avere bisogno, invece, del posto letto tecnico.

Se questo è il ragionamento, credo che l'occasione del rientro che abbiamo dinanzi a noi possa essere vista come la sfida per introdurre elementi di reingegnerizzazione del sistema. Non nascondo le difficoltà, che non sono soltanto quelle degli amministratori pressati dalla popolazione, ma anche quelle che arrivano – mi scusino i medici – dagli interessi diretti delle professioni che rientrano all'interno del sistema stesso.

Per concludere, proprio perché ho compiuto queste esperienze e ho cercato di vivere con *pathos* alcune audizioni, mi sono convinto, ed una proposta che avanzo all'assessore stesso, che forse, proprio perché il tema di un riordino, di una rivisitazione del modello organizzativo dell'offerta ospedaliera e dell'offerta di sanità territoriale è importante e incontra anche le culture sedimentate e radicate degli interessi e negli interessi delle popolazioni stesse, sia il caso di costruire una interlocuzione che consenta all'assessore di avere uno spazio più ampio di confronto e di alleanze che si possono costruire sul versante culturale.

Esiste un'esperienza in Toscana, sulla quale lo stesso assessore, nonché il Presidente Vendola, si espressero un po' di tempo fa: mi riferisco all'istituzione di un Consiglio sanitario regionale del quale facciano parte le professioni sanitarie, ma in cui non vi sia l'esclusiva presenza delle professioni sanitarie o degli ordini. Si tratterebbe di un Consiglio che ci consenta di cominciare piano piano a lavorare sull'aspetto culturale della problematica, che è un aspetto importante.

L'assessore, per offrire una prestazione, può anche inventarsi il posto tecnico per la medicina territoriale, ma, se non esiste l'Associazione dei medici, tale posto rimarrà sulla carta, il che vale per tante patologie.

Dobbiamo uscire dalla gabbia e tranquillizzare la popolazione sul fatto che non è in corso un razionamento di servizi, ma una razionalizzazione del sistema. Dobbiamo comunicare alla Puglia che vi sono momenti di estrema sofferenza nell'offerta sanitaria e

nell'offerta ospedaliera territoriale, ma che vi è tantissima offerta di prestazioni di qualità.

La Puglia può fidarsi di questo sistema e, quindi, cominciamo a lavorare per migliorarlo nelle condizioni date, atteso che migliorare il sistema oggi non è uno stato di necessità per la Puglia, ma la tendenza verso la quale i Governi, nello specifico il Governo italiano, stanno andando.

Gli ospedali si possono chiudere per questioni di conti, ma anche per mancanza di personale.

Considero un fatto gravissimo il blocco del *turnover* per la Puglia. Quella che l'assessore ci ha consegnato, quella di utilizzare tutti i risparmi dell'operazione che stiamo compiendo dedicandoli e finalizzandoli al superamento del blocco, o quanto meno a tamponare falle di alta specialità che si possono produrre con il pensionamento, è una scelta importante.

Io ho fiducia che questa fase venga superata con il contributo di scienza che l'assessore ci sta fornendo e con la sua disponibilità a confrontarsi, laddove noi abbiamo proposte da avanzare per sistemare e per rendere più pregnante per la popolazione l'operazione stessa che stiamo mettendo in campo. Credo, quindi, che possiamo andare avanti con buona fiducia.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Surico. Ne ha facoltà.

SURICO. Signor Presidente, noto con grande piacere che c'è un clima disteso, forse anche un po' sonnolento, su questo argomento, che, invece, è di vitale importanza per il futuro della Puglia e della sanità pugliese.

La serietà di Pino Romano è indiscutibile nel lanciare oggi un appello a cercare di far capire alle popolazioni come la sanità deve svilupparsi nei prossimi anni. Accolgo questo invito, come lo hanno accolto il consigliere Palese e il centrodestra. Cinque anni fa, invece, questo invito non fu accolto e nelle piazze si incitò, all'epoca, una reazione

spropositata rispetto a quanto oggi noi condividiamo.

È una questione di stile politico, ma, come ho sempre affermato, della sanità non bisogna fare terreno di battaglia e di contraddizione politica. La sanità non deve avere colore politico, ma il comune intento di erogare un servizio che la Costituzione ci obbliga a rispettare e a garantire a tutti i cittadini con l'articolo 32.

Finalmente, dopo cinque anni, siamo arrivati a condividere un'idea, quella della razionalizzazione e della programmazione sanitaria reale e vera, non di facciata. assessore, lei ha compiuto un grande lavoro, professionalmente nonché come assessore, però questo Piano di rientro è unidirezionale e non colpisce nel cuore la vera causa di distorsione del sistema sanitario. Dove perdiamo, infatti? In spesa farmaceutica, in beni e servizi.

Noi condividiamo la chiusura di questi ospedali, perché è una filosofia che non ci giunge nuova, ma in cui si è creduto, magari anche sbagliando l'impostazione. Fitto compì tale operazione, magari senza attivare il territorio, come era avvenuto in altre Regioni, quali la Toscana, la Lombardia e l'Emilia-Romagna.

Noi oggi dovremmo compiere, e l'invito è questo, in tempi brevi quest'operazione di rilancio territoriale, che con i distretti in cinque anni, quando lei, assessore, non c'era, non si è compiuta. Abbiamo perso tempo utile, perché questo processo sarebbe dovuto avvenire quasi automaticamente e senza traumi. Avverrà lo stesso, perché noi crediamo che la via per dare un reale servizio a tutti i cittadini non sia quella di tenere aperto l'ospedale sotto casa, ma di guardare a un modello sanitario che privilegi l'eccellenza e la qualità dell'offerta e che attribuisca all'ospedale una funzione vera, quella di assistenza agli acuti. In questo senso l'operazione più bella che è stata compiuta nel Piano della salute è quella di progettare nuovi ospedali. Anche in merito abbiamo spesso invitato a trovare maniere più flessibili, come il *project financing*, e oggi vediamo che tali sollecitazioni sono state recepite.

Ciò non basta, però, perché nella nuova sanità, assessore, dobbiamo individuare gli ospedali per funzione, altrimenti creiamo un altro sistema che non soddisferà il fabbisogno territoriale. Gli ospedali per funzione vanno divisi in specialità ed emergenza, a seconda del fabbisogno del territorio e del comprensorio di tale territorio.

Ritornando all'unidirezionalità del Piano di rientro, basterebbe sottrarre l'1% alla spesa per beni e servizi per ottenere, paradossalmente, la stessa cifra che ci proponiamo di ricavare dalla chiusura di quegli stabilimenti. Quanti Piani di rientro dovremo elaborare, se non interveniamo sulla vera e reale causa di distorsione?

Basta guardare le perdite di esercizio finanziario di alcuni ospedali, dei più grossi ospedali pugliesi: Policlinico - 24%, Oncologico - 70%, Ospedali riuniti - 26%, per non parlare del Miulli.

Un altro tema è quello degli ospedali ecclesiastici. Assessore, dobbiamo pensare a farli nostri: non è possibile che ci siano ospedali che oggi chiaramente arrancano nel sistema perché non esiste la perequazione finale. Anche attraverso fondazioni in cui la Regione deve entrare, possiamo prevedere che questi ospedali non siano legati solo e soltanto a un'amministrazione di tipo privato ed equiparati al pubblico, peraltro, ma siano pubblico reale. Noi crediamo in una sanità pubblica vera.

Anche la sanità privata va integrata nel meccanismo - è l'ennesima volta che lo ripeto - con gli stessi oneri e gli stessi doveri di quella pubblica, altrimenti avremo un'altra distorsione. Per esempio, l'angioplastica primaria a volte non si riesce a realizzare, perché dalle 14.00 in poi non si garantisce nel privato ciò che si garantisce nel pubblico.

Succede, assessore. Le darò atto di questo problema. Ci sono obblighi e doveri. Inseriamoli nel circuito, naturalmente guardando anche non alla competizione, ma a un sistema che integri il privato con il pubblico e in cui il pubblico mantenga la funzione primaria di coordinamento.

Il Piano di rientro a noi non piace non perché è redatto male, ma perché tocca il problema marginalmente e non lo affronta nella sostanza. Vanno bene le norme di centralizzazione che lei ha emanato, assessore. So che lei crede molto in questo processo, e noi ci crediamo insieme a lei.

Per evitare, come afferma il Presidente Vendola, che le *lobby* e gli interessi si appropriino del sistema sanitario, è necessario dare trasparenza, soprattutto per quanto riguarda l'acquisizione di beni e servizi. Bisogna farlo rapidamente, perché si tratta di un'esigenza vera, che può portare a molto più rispetto alla chiusura di un ospedale, senza che vi sia una contestuale trasformazione dell'ospedale stesso.

D'altronde, quando in quest'Aula si parla di potenziamento dei servizi sanitari territoriali, dobbiamo prestare attenzione: è nostro dovere ridisegnare un modello, perché il personale in carico agli ospedali non può andare nel distretto. Esiste una caratterizzazione che impedisce la mobilità da un comparto all'altro e, quindi, il personale è il vero problema su cui ci dobbiamo imbattere.

In conclusione, quindi, approvate questo Piano di rientro. Noi non ci crediamo per i motivi che vi ho illustrato, ma apriamo una nuova fase di concertazione e di condivisione sanitaria a favore di tutti i cittadini pugliesi.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MARMO

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Mazza. Ne ha facoltà.

MAZZA. Signor Presidente, colleghi consiglieri, vorrei richiamare l'attenzione su che cosa intendiamo per assistenza sanitaria. Personalmente mi sono fatto l'idea che essa, in quanto necessaria, sia un'entità non modificabile e teoricamente una realtà piuttosto statica.

Ciò che, invece, è molto variegato e variabile è la maniera di erogarla. Molto variabile è il ragionamento che si svolge intorno

all'assistenza sanitaria e molto variabili sono i soggetti che la erogano, quindi gli attori, principalmente i medici e gli infermieri.

Si è parlato molto, a cominciare dal collega Palese, per proseguire con Romano, Losappio e adesso Surico, di modelli possibili per poter erogare l'assistenza sanitaria. Nessuno, però, si addentra su quali modelli scegliere.

Fondamentalmente, io ritengo che esistano tre modelli possibili per erogare l'assistenza sanitaria. Un primo modello, che è tanto caro in alcune regioni e, in alcune zone a macchia di leopardo, anche a questa, è quello in cui vi è una centralità dell'ospedale, ragion per cui l'ospedale è al centro dell'assistenza. Preciso subito che in questa regione soprattutto questo modello viene applicato negli ospedali ecclesiastici e, a volte, anche in altri ospedali. Vi potrebbero rientrare anche i grossi policlinici.

La centralità dell'ospedale porta, ovviamente, a un discorso che ruota attorno all'ospedale in termini economici, di appalti e, necessariamente, politici su chi e come si devono gestire le economicità che ruotano attorno all'ospedale.

Un secondo modello, che spesso viene citato, è quello di spostare nel territorio buona parte dell'assistenza. Viene citato, ma di fatto non parte, non decolla. È un modello che presupporrebbe, secondo me, una rivoluzione sul piano dell'organizzazione assistenziale, una rivoluzione che, come ho affermato in Commissione sanità, questa politica – sto parlando di centrodestra, di centrosinistra e di sinistra – è pronta a recepire.

Essa presuppone uno scostamento di professionalità dall'ospedale al territorio, anche se poco fa il collega Surico affermava che c'è una difficoltà intrinseca nel nostro modello organizzativo riguardo alla possibilità di effettuare questi spostamenti. Sicuramente, però, il territorio può funzionare se chi viene trasferito si assume le responsabilità che oggi ricadono principalmente sull'ospedale.

Non c'è un soggetto disposto ad assumersi la responsabilità di decidere come erogare

l'assistenza per qualunque problematica si presenti, sia essa leggera o grave. Ma dovrebbe esserci chi prende su di sé questa responsabilità.

C'è poi un terzo modello che, secondo me, è quello che oggi in Puglia potrebbe essere garanzia di assistenza e potrebbe attrarre i pazienti, evitando che emigrino. È quindi un modello che va incontro anche alle esigenze economiche del Piano di rientro. Si tratta del modello che si basa sulle professionalità, su professionisti, scelti dagli utenti, che rappresentano un'attrattiva e trattengono i pazienti dal recarsi fuori dalla Regione per chiedere assistenza.

Noi dovremmo discutere di più su questi modelli assistenziali, scendendo dai rispettivi scranni e cercando di capire quali sono le criticità, che in buona parte sono già state evidenziate in tante relazioni, anche a opera dell'assessore.

Se noi, per fare un esempio, sottolineiamo che nella Regione Puglia il 39% delle donne che partoriscono sono sottoposte a taglio cesareo, mentre l'Organizzazione Mondiale della Sanità stabilisce che l'ottimizzazione sarebbe intorno al 18-19%, evidenziamo un problema che comporta delle spese, dei costi, uno spreco di energie anche umane e un sacrificio per quanto riguarda le donne che sono indotte a questa decisione, perché non sono certo loro a decidere per il taglio cesareo. Che cosa dovremmo fare? Quale modello dovremmo scegliere per risolvere questo che è uno dei tanti problemi?

Indubbiamente, se diamo centralità all'ospedale, è giocoforza che sempre più donne ricorrono all'ospedale ed eseguiranno un taglio cesareo. Se noi sposassimo il modello territoriale, dovremmo ripristinare la figura dell'ostetrica a domicilio e fare in modo che le donne siano di nuovo convinte a partorire a domicilio. Mia madre ha partorito quattro figli a domicilio, molte madri di chi siede qui hanno partorito a domicilio. Che cosa era quella se non assistenza nel territorio?

Queste figure professionali esistono? Se ci sono bisogna valorizzarle e fare in modo di optare per il terzo modello, quello della professionalità, di chi conosce il mestiere. Il mio maestro, il professor Tura – lo cito sempre più spesso, sto diventando vecchio –, diceva che per attuare un risparmio vero, reale, occorre valorizzare la professione. Bisogna valorizzare chi conosce il mestiere. Ma tutti i giorni mi capita di sentire che un soggetto capace non viene gratificato, che non viene valorizzato nel suo ruolo, per le sue potenzialità. Questo, se mi consentite, avveniva quando c'era il centrodestra e avviene tuttora. Ora spero che si stiano creando delle situazioni alternative, siamo ancora al punto di partenza.

Tutto questo per dire che cosa dobbiamo fare noi, noi che oggi siamo chiamati a prendere delle decisioni. Come Italia dei Valori approveremo il Piano di rientro perché è doveroso, è un obbligo che non può essere derogato. E probabilmente il Piano non può nemmeno essere modificato.

Ma quando discuteremo di un piano di riordino che cosa ci prefiggeremo di fare? Io personalmente ritengo – e penso che buona parte dei colleghi condivida – che è ora di occuparsi di ciò che necessita alla Puglia. In questo momento, secondo me, siamo in una fase di transizione in cui occorre valorizzare la professionalità, valorizzare chi conosce il mestiere, per trasferire l'assistenza quanto più possibile nel territorio.

Il modello della Lombardia che è stato citato è basato sull'ospedale e sull'attrattiva che gli ospedali lombardi esercitano anche sui pazienti pugliesi – diciamo – che a volte si rivolgono a quelle strutture per interventi che potrebbero sostenere benissimo anche qui, perché in questa Regione non trovano le garanzie organizzative o professionali per le loro necessità.

Questo è ciò che vorrei io e ciò che vorrei fosse sposato trasversalmente perché si tratta di un discorso che interessa tutti i pugliesi, senza distinzione di destra o sinistra.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Zullo. Ne ha facoltà.

ZULLO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, ho ascoltato con molta attenzione la relazione del Presidente Marino e l'ho condivisa in quasi tutti i passaggi, tranne che per le critiche scagliate contro il Governo nazionale.

Nella sua relazione, il Presidente Marino elencava le cose da fare, perché è evidente che noi ci troviamo di fronte a un Piano di rientro che è sì legato al mancato rispetto del Patto di stabilità da parte di questo Governo regionale, ma è anche legato a una serie di deficit e di dati che rappresentano un *vulnus* nel servizio ai nostri cittadini.

I dati più importanti su cui si basa il Piano di rientro sono un'ospedalizzazione esagerata ed esasperata – è evidente che, quando si ricovera qualcuno in maniera inappropriata, si va contro la dignità della persona, da una parte, e si determinano sprechi, dall'altra –, una spesa farmaceutica esagerata e il blocco dei tetti di spesa per le strutture accreditate.

In questi sei anni di gestione si è voluto contraddire la prospettiva e la diversa visione introdotte dall'allora Presidente Fitto con il processo di riordino della rete di assistenza ospedaliera, affiancato dal riordino della rete dei distretti.

Il contro-bilanciamento dell'offerta di assistenza ospedaliera da attuare attraverso il trasferimento e la territorializzazione è stato bloccato, illudendo i pugliesi con un'ipotesi di Puglia migliore, che tarda a venire e che ancora oggi resterà un miraggio.

In questi sei anni si è avversato e si è fatto il contrario di ciò che si sarebbe dovuto fare. L'assistenza ospedaliera è stata estesa perché, certamente, nell'assistenza ospedaliera si fanno più appalti e più primariati. Sono stati invece penalizzati il territorio e la prevenzione. Ci troviamo con un tasso di ospedalizzazione superiore alla norma, che porta questa Regione a essere "maglia nera" in Italia, perché non

abbiamo e non avete saputo valorizzare la prevenzione e l'assistenza territoriale.

In questi mesi, avete continuato a contraddire il Governo nazionale a proposito del Piano di rientro e avete perso l'occasione utile per ridisegnare il Servizio sanitario regionale, recuperando il tempo che avete sprecato in questi sei anni. Avvitandovi in questa polemica contro il Governo, avete perso questa occasione e avete partorito un Piano di rientro che sul piano burocratico-formale è il meglio che potevate fare, ma che rimane solo un adempimento formale.

Credo che questa Regione e questi cittadini avessero bisogno di ben altro. Avevano sì bisogno di un rimedio all'ospedalizzazione eccessiva, ma questo non si può fare semplicemente tagliando il numero dei posti letto o chiudendo alcuni ospedali. Se questo è il metodo, se questo è il sistema e se qui si ferma il Piano di rientro, è evidente che, in assenza di misure di prevenzione e di *setting* assistenziali alternativi al ricovero – e parlo di assistenza domiciliare, di strutture di cure intermedie, di valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale, di potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale – tutti i pazienti si rivolgeranno agli ospedali, dove credo che, a causa del taglio indiscriminato dei posti letto, si verificherà una mancanza di assistenza. Si determinerà un vuoto assistenziale, avremo solo ospedali ingolfati dove i soggetti che vi si recheranno non potranno ricevere cure adeguate.

Anche il blocco dei tetti di spesa per gli specialisti è stato e sarà un danno. L'abbiamo sperimentato già nel 2010 quando, una volta raggiunti i tetti di spesa, le strutture specialistiche accreditate hanno chiuso le porte agli utenti, che sono rimasti senza assistenza, essendo stata procrastinata al 2011. Così si è ritardata la diagnosi delle malattie, impedendo che in questa Regione si effettuasse la diagnosi precoce delle patologie e aggravando i costi sanitari e sociali, oltre che lo stato di salute delle persone.

C'è un pericolo in più, a cui ha accennato nel suo intervento il Presidente Palese, il pericolo che si aggravi la mobilità sanitaria extra-regionale. È evidente che se il cittadino non riuscirà a soddisfare il proprio bisogno di salute nei nostri ospedali o nelle strutture accreditate della Regione, a cui avete tagliato e bloccato i tetti di spesa, andrà altrove, e ci ritroveremo a dover fare i conti con la mobilità sanitaria extraregionale.

Da sempre vi diciamo che saremmo stati al vostro fianco nella stesura di questo Piano di rientro e anche nel ridisegno di quel nuovo Servizio sanitario regionale che questa Puglia merita per poter essere migliore. Vi abbiamo detto che non saremmo andati in piazza, come avete fatto voi, a lanciare uova marce e pomodori. Siamo animati da senso di responsabilità e coerenza e abbiamo saputo compiere quel salto culturale che serve in questo momento a capire che i fabbisogni sanitari della popolazione sono ancorati essenzialmente all'aumento dell'età media, alle disabilità, alla perdita dell'autosufficienza, alle fragilità, alla perdita delle facoltà cognitive, ai deficit psichici e al disagio economico e sociale, poiché laddove c'è disagio economico e sociale sempre c'è un aggravamento dello stato di salute della popolazione.

In questo Piano di rientro non troviamo una parola spesa per la prevenzione, intesa come prevenzione secondaria, vale a dire diagnosi precoce di patologie croniche e degenerative attraverso la somministrazione di test di *screening* in popolazioni bersaglio. Non troviamo una parola sulla promozione della salute. Io mi auguro che, così come preannunciato in Commissione, l'assessore abbia predisposto quell'emendamento sulla contestuale attivazione di strutture di cura intermedia e di assistenza domiciliare.

Non ritroviamo in questo Piano di rientro una parola sulla farmacoconomia, che potrebbe porre rimedio a quella gabella medioevale che sono i ticket e a quell'euro sulla ricetta che, francamente, prendendo in prestito

le parole del Presidente Vendola del 2005, è un odioso balzello. Oggi per lui non lo è più, ma lo diventa per me.

Non c'è una parola sul potenziamento e sull'innovazione tecnologica di quegli ospedali che resteranno in piedi. Non c'è una parola che riguardi la verifica dei requisiti per l'accreditamento degli ospedali che sopravvivranno o degli ospedali che, probabilmente a torto, si vedranno tagliare i posti letto. Non c'è una parola sul filtro all'ospedalizzazione o sulla dimissione protetta, altrettanto necessaria per porre rimedio all'ospedalizzazione eccessiva.

Non c'è una parola sulle nuove frontiere della vita, parlo dei trapianti d'organo, delle banche dei tessuti. Non c'è una parola sulla reingegnerizzazione del personale...

PRESIDENTE. Si avvii alla conclusione, consigliere.

ZULLO. Mi avvio alla conclusione, Presidente. Non c'è una parola sulla reingegnerizzazione del personale, ma se dobbiamo convertire delle attività da ospedaliere a territoriali o domiciliari e così via, anche il personale va reingegnerizzato. Nulla di tutto questo.

Il nostro senso di responsabilità, la nostra voglia di accompagnarvi non li avete saputi utilizzare. Mi dispiace, ancora una volta è un'occasione persa. Andate avanti con gli adempimenti formali, ma sappiate che quella Puglia migliore non ci sarà se continuerete a procedere di questo passo.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la consigliera Nuzziello. Ne ha facoltà.

NUZZIELLO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, ho ascoltato attentamente gli interventi precedenti e certamente molti erano centrati sulla discontinuità assistenziale che vive il nostro territorio. Ma è anche chiaro che questo riguarda l'intero territorio nazionale. Tra l'altro, bisogna anche appa-

lesare la grande differenza fra il nord e il sud.

Bisogna anche riflettere sul perché la gente si rivolge altrove. Il collega Michele Losappio prima ha affermato che in alcuni ospedali gli interventi rapportati alla popolazione sono stati minimi. Questo induce a una riflessione sul perché le persone si spostino all'interno della nostra regione e addirittura si rivolgano alla sanità extraregionale.

Vogliamo parlare di difetto di comunicazione? Di differenze culturali? Certamente, il modello organizzativo è importante. L'approvazione del Piano di rientro produrrà un recupero di somme che, immesse nel sistema, porterà alla disattivazione di alcuni ospedali nei territori e alla loro riconversione. Il lavoro fatto dall'assessore Tommaso Fiore, che mi vede coinvolta insieme al gruppo di lavoro e ad alcuni consiglieri, ha evidenziato certamente un difetto di comunicazione verso l'esterno, tale per cui il cittadino non ha ben compreso la realtà del nostro territorio.

Faccio, quindi, i miei complimenti all'assessore per la grande calma, la consapevolezza e il buonsenso che ha dimostrato nell'ascoltare tutte le problematiche del territorio, a partire dalle amministrazioni e dai direttori generali, e anche per la continuità di questo controllo che, con l'intesa Stato-Regioni, permette un protocollo programmatico di verifica.

Io mi auguro che tutto questo non rimanga sulla carta. Credo che nessuno di noi, compresi i colleghi dell'opposizione che com'è giusto e legittimo parlano del diritto alla salute dei pazienti – e in questo momento ho comunque notato da parte loro grande coerenza e senso di responsabilità –, abbia bisogno di guardare altrove per capire che queste esigenze richiedono grande professionalità.

Il collega Pino Romano evocava, così come il consigliere Marino nella sua relazione, una appropriata scelta organizzativa, un modello di *governance*. Certamente devono esse-

re presi in considerazione in modo principale i territori, le distanze, l'eccellenza, la formazione continua, ma anche la diagnostica. Credo che, successivamente a questa approvazione, sarà importante valutare un Piano di riordino a trecentosessanta gradi che si concentri sugli interventi e non sulla strumentalizzazione politica. Come diceva qualche consigliere d'opposizione, non esistono differenze di colore politico nei bisogni degli utenti.

Desidero, quindi, rivolgere i miei complimenti a tutti i componenti della Commissione. Anch'io ho assistito ad alcune audizioni. Mi piacerebbe che, così come oggi è stato tenuto un comportamento di grande saggezza e consapevolezza, anche nella discussione sul Piano di riordino ci sia la capacità di capire davvero quali sono le reali esigenze dei pazienti.

Dobbiamo anche ammettere che precedentemente il Governo ha colmato alcune lacune in relazione, per esempio, all'oncologia e alla diagnostica. Però, quando si parla di razionalizzazione delle spese e del personale, mi chiedo come si possa utilizzare uno strumento se manca la professionalità. È quindi fondamentale la formazione continua, la formazione dell'intera struttura...

Mi meraviglio che a volte manchi la capacità di ascoltare.

PRESIDENTE. Ha ragione, consigliere Nuzziello. Purtroppo, è un difetto indomito.

NUZZIELLO. Diceva il Presidente Intronà che se i colleghi hanno bisogno di un caffè sono liberi di andare. Credo che sia importante, altrimenti facciamo finta di possedere buonsenso e consapevolezza, quando invece, obiettivamente, non siamo capaci di ascoltare un collega.

Come ho detto prima, dalla cabina di regia dovrebbe emergere un Piano di riordino attento non ai campanilismi, ma alle esigenze del paziente. Ebbene, a volte rimango delusa. Non voglio però muovere delle critiche, perché ognuno è libero di comportarsi come vuole.

Il mio intervento a nome de La Puglia per Vendola può anche concludersi qui. Tommaso Fiore, di cui ho apprezzato la grande disponibilità, ha ammesso pubblicamente che c'è stato un difetto di comunicazione. Credo che sia anche importante riconoscere che al centro del nostro impegno, al centro delle risposte che vogliamo dare agli utenti e agli amministratori, al di là delle frasi fatte, vada posto il paziente nella sua universalità.

Sono sicura che tutti siano sensibili a questa problematica e sappiano mettere da parte il campanilismo. Credo che questo sia essenziale per tutti noi. A volte basta fermare le immagini, per evitare screzi e diatribe, per dimenticare il colore politico e le frasi fatte.

In questo momento, per ridurre le differenze rispetto al nord, dobbiamo valorizzare le alte professionalità e l'alta formazione che la Regione Puglia possiede e non dobbiamo permettere che le eccellenze vadano da qualche altra parte, altrimenti il paziente si rivolgerà altrove per paura di una realtà che non conosce, ma essenzialmente per paura di non avere una continuità assistenziale ventiquattro ore su ventiquattro.

Questo per me è essenziale e credo che lo sia anche per i colleghi.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Damone. Ne ha facoltà.

DAMONE. Signor Presidente, colleghi consiglieri, ho ascoltato la relazione del collega Marino, una relazione di per sé contraddittoria e che tutto sommato, per taluni aspetti, rende giustizia a provvedimenti del passato.

Nella prima parte il collega Marino – e non poteva essere diversamente – addebita tutte le responsabilità della malagestione pugliese al Governo centrale, come se i Ministri Tremonti, Fitto e Fazio fossero venuti in Puglia a gestire la sanità. Siccome è una mentalità tipicamente comunista quella di addebitare agli altri le proprie responsabilità, il collega Marino non si è sottratto a questa convinzione.

Nella seconda parte ha fatto una serie di auspici che in pratica sconfessano la gestione sanitaria dal 2005 a oggi. Credo che un momento di onestà intellettuale dovrebbe, di fronte a questo sfascio, far rivalutare il Piano Fitto. Oggi se ne parla in maniera diversa e dopo sei lunghi anni, parlando di chiusura di ospedali e non di riconversione come faceva il Piano Fitto, è sulla sanità coraggiosa del Ministro Fitto che questa sinistra ha costruito il successo che ancora oggi riesce a gestire.

Ebbene, dobbiamo registrare che dopo i primi tre anni di gestione sanitaria dell'assessore Tedesco vi è stata la necessità di nominare un curatore fallimentare. Anche se i diretti interessati, il Presidente Vendola e l'assessore Fiore, ascoltano soltanto l'intervento del Capogruppo del PdL, noi altri che siamo *quisque de populo* parliamo comunque, lasciando i nostri concetti, le nostre critiche, le nostre valutazioni al Consiglio regionale. Ma a futura memoria, perché anche oggi si consuma il rito del menefreghismo nei riguardi dell'Istituzione, nonostante il rispetto che si dovrebbe ai consiglieri regionali. Pertanto, quando parleranno il Presidente Vendola o l'assessore Fiore io mi allontanerò dall'Aula perché questo sistema di avere considerazione soltanto di alcuni consiglieri è offensivo nei confronti degli altri.

Oggi l'assessore Fiore è il curatore del fallimento della politica di Vendola e quando vi è un fallimento il fallito se ne deve andare perché, tra le altre cose, è inibito a ricoprire cariche pubbliche.

Purtroppo, il Presidente Vendola sta strumentalizzando il Consiglio regionale e la rielezione per il proprio tornaconto personale. È preso dalle interviste e dall'apparire, e nella politica sanitaria, soprattutto nei confronti dei componenti della sua maggioranza, impone il ricatto che se alcune linee non passano lui si dimette e noi andiamo tutti a casa. Ma lo facesse subito! Ci liberasse! Ormai è lanciato verso la prospettiva nazionale e qualunque sarà la sua carriera politica, o di Presidente del

Consiglio – sciagura enorme per l'Italia – o di parlamentare, ci lascerà. Tanto vale che lo faccia subito, almeno così avremo l'opportunità di guardare con serenità ai problemi della nostra Puglia, perché la Puglia appartiene a noi e non a lui, che vuole andarsene lontano, ricolmo com'è di inadempienze, di ingiustizie, di clientele e via discorrendo.

Apprezzo molto quando parla il collega Mazza, il quale, in maniera seria e oggettiva parla di sanità. Io, per esempio, eliminerei, caccerei tutti i Direttori generali, sanitari e amministrativi, che sono fonte di dispendio di pubbliche risorse e di scelte clientelari. Sono loro ad aver determinato l'enorme debito della sanità. Sarebbe opportuno, oltre che auspicabile.

Al di là delle considerazioni personali, apprezzo lo sforzo del curatore fallimentare, professor Fiore, il quale ha dovuto riordinare le carte del passato, sperando di poter contenere le carte del futuro. Io caccerei tutti i direttori generali anche perché, tra le altre cose, se si chiede la centralizzazione degli appalti, se si chiede la centralizzazione delle spese, allora tanto vale che l'assessore, insieme ai funzionari regionali – Marino parlava di una commissione di supporto alla sanità per verificare e controllare: siamo il Paese dei controllati e dei controllori, in continuazione – introducano la centralizzazione della gestione sanitaria a livello regionale.

Facciamo una legge, contravveniamo alla legge nazionale, ma non è più tollerabile che vi siano di queste discrasie. Assistiamo, per esempio, alle fatture duplicate che si pagano a Foggia, fatture false che vengono pagate due volte. L'assessore che responsabilità ha su questo disastro? Che colpa ha l'assessore per le prestazioni aggiuntive, enormi, che si ripercuotono sugli ospedali periferici?

Nel momento in cui vi è un indirizzo unitario a livello regionale queste discrepanze non si possono verificare. La spesa farmaceutica, per esempio, viene accreditata dall'assessorato per tutta la Regione. Stranamente, da sei mesi

i farmacisti di Foggia non riscuotono le indennità loro dovute.

D'altra parte, do atto all'assessore Fiore che, anche quando non risponde alle nostre interrogazioni, sensibilizza gli organi periferici in ordine agli stimoli che lanciamo. Se mandassimo le interrogazioni alla Corte dei conti e alla Procura della Repubblica, probabilmente molti direttori generali non sarebbero tranquilli di continuare il loro mandato. Abbiamo convenzioni per 400 mila euro, abbiamo prestazioni aggiuntive enormi, addirittura prestazioni aggiuntive pagate a radiologi che vengono da Andria nel territorio della provincia di Foggia.

Noi abbiamo la necessità di considerare anche le enormi spese legali di centinaia e centinaia di cause che si potrebbero evitare. Vi porto un'esperienza personale: quando ero presidente del comitato di gestione non ho mai affidato una sola causa a un avvocato. Mi mettevo al telefono, chiamavo la ditta, la convocavo e facevamo una transazione. Risparmiavo gli interessi e le spese legali. Invece questi direttori nominano avvocati che, guarda caso, in alcune circostanze sono sempre gli stessi e percepiscono le stesse parcelle, anche consistenti, che gravano sulla pelle di ciascuno di noi.

Ecco perché è necessaria la centralizzazione, la gestione centrale della sanità, caro assessore Fiore. Si può governare meglio la sanità attraverso i direttori sanitari e i direttori amministrativi degli ospedali e non con i direttori generali che devono fare le lettere di indicazione ai capi presidi, alla direzione sanitaria. La burocratizzazione della sanità fa pena e determina lo sfascio totale della gestione sanitaria.

Non vi è serietà, non vi è continuità di servizio. Dobbiamo incrementare i servizi, soprattutto i laboratorio di radiologia, e farli lavorare 24 ore su 24, in maniera tale che non si abbiano i ritardi nelle risposte delle TAC, delle risonanze magnetiche, che determinano degenze inutili. Io sono d'accordo sulla riduzione

ne dei posti letto negli ospedali, ma la riconversione va fatta. Va privilegiato il *day hospital*, il *one day*, il *day surgery*. Sono tutte attività che mirano a contenere la spesa pubblica e soprattutto a dare risposte al territorio.

Noi che non vogliamo privilegiare la sanità privata abbiamo dato 160 milioni di euro al San Raffaele di don Verzè a Taranto. Ebbene, io sono dell'avviso che quell'ospedale non servirà perché da Milano non verrà il professor Alfieri, grande cardiocirurgo, e non verranno i luminari. Si ripeterà il fenomeno della Casa Sollievo della Sofferenza: quando fu aperta arrivarono tutti i primari della Cattolica di Roma, ma col passare del tempo quell'ospedale è rimasto in mano ai nostri conterranei che, nonostante tutto, fanno il loro dovere.

Noi parliamo di un sistema alternativo, ma con quali mezzi? Con quali attività? Il dottor Mazza diceva di valorizzare le professioni, la professionalità del medico. Ebbene, noi abbiamo delle professionalità: la professionalità vera, seria, è quella che sta nell'ospedale, sta sul territorio, lavora e non va a leccare i piedini a questo o a quello per avere la garanzia di un avanzamento di carriera. Il professionista serio agisce con passione e con entusiasmo a tutela della propria dignità professionale. È un professionista dignitoso che non va a chiedere alla politica di avere il primariato, come solitamente avviene a destra, al centro e a sinistra.

Qui non vi è la valutazione della professionalità, vi è soltanto la valutazione dell'appartenenza politica. Se ci si mette la maglietta di SEL, come è avvenuto al Dipartimento dell'igiene pubblica di Foggia che ha autonomato due Commissioni – non sappiamo con quale competenza –, allora tutto va bene, perché bisogna fare proselitismo per la campagna elettorale di Vendola, che ormai vuole abbandonare la Puglia per diventare il primo della classe in Italia. Noi siamo stanchi di questa politica. Noi vogliamo una politica seria, una politica responsabile, una politica funzionale agli interessi dei cittadini.

Io non sono uno di quelli che ama molto il campanile perché gli ospedali di periferia – diciamolo francamente – non vanno al di là degli interventi di *routine*, che sono necessari per diminuire la folla negli ospedali altamente qualificati. Ma tutti si accapigliano, si attardano a rincorrere primariati e posizioni giuridiche. Gli ospedali periferici non vanno chiusi, vanno riconvertiti. E per molti versi, possono essere adibiti a “case della salute”, a poliambulatori territoriali perché quelli che abbiamo oggi in Puglia non servono, sono soltanto uno “stipendificio” per i cosiddetti convenzionati interni che, dopo aver fatto quattro visite, non possono effettuare gli accertamenti conseguenti.

Vi è necessità di un'opera di riconversione, di qualificazione della medicina di base. Il medico di base non può continuare a fare l'impiegato. C'è una differenza abissale tra la retribuzione del medico di base e quella del medico ospedaliero, che è sottopagato pur essendo direttamente a contatto con la salute dell'utenza. La disparità è enorme, ma dobbiamo riconvertire il ruolo del medico di base perché egli svolge un ruolo importantissimo nella spesa sanitaria: è colui che con una matita e una penna determina la spesa sanitaria.

Come ho detto altre volte, per un menisco non è possibile ordinare radiografie, TAC e risonanza magnetica. Tra non molto, per il menisco chiederemo anche la PET. Servono maggiori controlli, una scheda sanitaria dove siano iscritti tutti gli accertamenti diagnostici di laboratorio che il cittadino-utente riceve dal medico di base. Serve una rivoluzione culturale.

Io apprezzo molto il suo lavoro, assessore Fiore, ma sono convinto che, al di là delle sue buone intenzioni e della sua onestà intellettuale, che le riconosco *in toto* – e lo dico pubblicamente, perché io sono uno di quelli che non ha riserve mentali –, il suo impegno sia vanificato, annullato dalla cattiva gestione periferica della sanità.

Stabiliamo un tavolo di responsabilità

con tutti i rappresentanti politici, perché la salute non ha colore, e tentiamo di dare una svolta seria, concreta e complessiva a questo sistema sanitario che fa acqua da tutte le parti. Se il Piano Fitto e il Piano Fiore hanno delle concomitanze, perché escluderle in maniera aprioristica? Mettiamoli insieme. Insieme si lavora meglio, si agisce con maggiore responsabilità. Credo che l'utenza ci apprezzerà per il lavoro che faremo e per la politica diversa, nuova che offriremo alla Regione Puglia.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA

PRESIDENTE. Grazie al collega Damone, che è sempre rispettoso dei tempi assegnati.

È iscritto a parlare il consigliere Curto. Ne ha facoltà.

CURTO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, intendo aprire questo mio intervento chiarendo subito che ci sono due diversi modi per affrontare un tema delicato come sicuramente è quello del voto sul Piano di rientro. Uno privilegia l'aspetto politico, l'altro privilegia l'aspetto istituzionale.

L'UDC ritiene, in questo momento, di dover compiere la scelta dell'atteggiamento istituzionale. Lo fa perché, nello stesso momento in cui dovessimo soccombere alla tentazione di far diventare questa discussione una discussione di natura squisitamente politica, si aprirebbero questioni antiche, si tornerebbe indietro nel tempo, si ristabilirebbe il clima della polemica, si rinfocolerebbero le contrapposizioni, si determinerebbero, sostanzialmente, le condizioni per fare non dei passi avanti, ma indietro rispetto agli obiettivi che dobbiamo proporci e conseguire con l'esame di questo punto all'ordine del giorno.

Privilegiamo l'aspetto istituzionale perché ci consente di guardare con maggiore attenzione agli interessi generali del territorio e perché ci consente di assumere un ruolo che

va abbondantemente oltre i piccoli egoismi di natura personale, territoriale o locale. Preferiamo quello istituzionale perché riteniamo sia la maniera più opportuna per far giungere messaggi importanti e decisivi a un'opinione pubblica che nel corso degli ultimi mesi è stata frastornata da una serie di interventi molto spesso incoerenti, molto spesso contraddittori e molto spesso non conciliabili con gli interessi generali del territorio.

Preferiamo, quindi, l'approccio istituzionale, cioè una maniera molto seria di confermare ciò che avevamo detto nel passato. Io appartengo alla schiera di coloro che qualche anno fa difese il Piano Fitto perché ritenevo che fosse doveroso e opportuno operare in termini di razionalizzazione all'interno del sistema della sanità pugliese. Ma proprio per questo motivo, coerentemente con l'atteggiamento politico e culturale che assunsi a quell'epoca, riconfermo oggi che l'approccio alla razionalizzazione del sistema sanitario pugliese è doveroso. È un obbligo e un obiettivo che deve essere conseguito al di là e al di sopra di chi sia nella cabina di comando della Regione Puglia nel nostro particolare momento storico. Il Presidente è Vendola e lui dovrà accollarsene la responsabilità politica. Ci fosse stato un uomo del centrodestra o del centro, sarebbe stata la stessa cosa.

È un obiettivo rispetto al quale non sono assolutamente tollerabili le paure, non sono assolutamente tollerabili le lamentele. C'è, invece, la necessità di un confronto di alto profilo politico in grado di affrontare strutturalmente i problemi presenti sul tappeto.

Abbiamo quest'obbligo anche perché viviamo un periodo, politicamente parlando, molto delicato e difficile sia sul piano interno, sia sul piano internazionale. Poiché ritengo che il ruolo della Regione Puglia oggi sia sicuramente equiparabile a quello del Parlamento nazionale, sia pure in chiave ridotta, non possiamo far finta di non vedere, di non capire e di non sentire ciò che sta fuori di noi.

Il mondo intero oggi è sconvolto da feno-

meni e da questioni che non ci possono lasciare indifferenti. Quello che sta accadendo nel mondo arabo africano ci deve far riflettere su alcune situazioni che, nelle prossime settimane e nei prossimi mesi, avranno particolare delicatezza e rispetto alle quali sarà anche necessario un certo tipo di valutazione politica.

Ci sono questioni politiche, ci sono questioni economiche, ci sono questioni sociali che noi dobbiamo guardare con attenzione per trarne un insegnamento ad amministrare in maniera puntuale, efficace ed efficiente un ente importantissimo qual è sicuramente la Regione Puglia.

Dobbiamo fare la nostra parte evitando contrapposizioni di principio, contrapposizioni ideologiche, contrapposizioni strumentali usate soltanto per affermare di esistere e di avere un ruolo diverso rispetto a chi oggi è chiamato a governare non tanto la Regione Puglia, quanto, nel caso specifico, un gravissimo problema. Il problema della sanità e il problema dei conti pubblici continuano a essere oggi, qualunque sia la guida della Regione, problemi delicati da affrontare con grande senso di responsabilità.

Dopo esserci astenuti in Commissione, notiamo che il Governo regionale ha fatto dei passi avanti rispetto alle posizioni dell'Unione di Centro. Perciò diremo sì, come specificherà molto meglio di me il Capogruppo, l'amico Negro, quando interverrà in sede di dichiarazione di voto.

Diremo sì a questo Piano di rientro nonostante sappiamo che ci sono degli elementi delicati sui quali dovremmo riflettere un po' di più, nonostante i vincoli al *turnover*, nonostante i vincoli alle internalizzazioni – un'ingerenza che non abbiamo mai accettato né tollerato –, nonostante un sistema di centralizzazione degli appalti, che potrebbe determinare situazioni di natura monopolistica altrettanto gravi rispetto a quelle che vengono a determinarsi con un sistema diverso, e nonostante i tetti di spesa per gli erogatori privati accreditati.

Io sono perfettamente consapevole e conosco situazioni che si sono venute a creare nella mia Provincia dove, da un lato, gli erogatori privati accreditati non erano più nelle condizioni di fornire un servizio e, dall'altro, i Direttori generali, anche per una questione di equilibri sociali, spingevano perché questi servizi fossero comunque forniti e assicurati. Alla fine, i primi si sono ritrovati senza la copertura finanziaria.

Colgo l'occasione per rappresentare con molto equilibrio all'assessore Fiore che esistono casi di questo genere – so della provincia di Brindisi e della provincia di Taranto, ma sicuramente anche in altre province –, in cui chi ha sfornato non lo ha fatto sicuramente per ottenere un lucro maggiore, ma perché veniva richiesta una prestazione della quale non si poteva fare a meno, salvo scatenare una contrapposizione frontale sugli organi di informazione e sui *mass media*.

Diremo sì, nonostante io non intraveda, all'interno di questo provvedimento, una riforma strutturale duratura, al di là dei provvedimenti temporanei. Oggi la sanità e il sistema finanziario pubblico in generale hanno bisogno di interventi e di riforme strutturali per non essere costretti, anno per anno, a doversi confrontare con i problemi dell'equilibrio dei conti e della finanza pubblica.

Certo, al di là di questi dati e di questi rilievi, che comunque non cambiano la nostra posizione favorevole nei confronti del voto a questo provvedimento, debbo dire che ho notato con grande gioia – e non potevo fare a meno di notarla – la disponibilità a prendere in considerazione le proposte che l'Unione di Centro ha rappresentato nel corso di questi mesi, come quella, importantissima, di una Commissione d'indagine conoscitiva sugli sprechi nel settore della sanità.

Colgo, dunque, con piacere l'occasione per ringraziare il Presidente Marino da un lato, l'assessore Fiore dall'altro, per la disponibilità che hanno dimostrato nel riconoscere la necessità che si proceda in questa direzione. Noi

vogliamo che questa Commissione d'indagine conoscitiva parta subito non per fare i questurini, ma per cercare di fornire un contributo prezioso e propositivo al superamento delle diseconomie che negli ultimi anni hanno frenato il Sistema sanitario pugliese e non solo.

A questo punto, avendo già anticipato sostanzialmente il voto favorevole – le motivazioni, ripeto, le fornirà il Capogruppo Negro –, benché non veda molti organi di informazione, soprattutto quelli che sono intervenuti sul rapporto fra UDC e maggioranza nei giorni scorsi, colgo ugualmente l'occasione per dire che a me non sono piaciuti l'atteggiamento e la lettura che alcuni organi di informazione hanno dato del rapporto tra UDC e Governo regionale.

È vero, ci sono stati molti i casi in cui ci siamo astenuti e non abbiamo votato contro; ci sono stati anche dei casi in cui abbiamo votato favore. Voglio ricordare però che c'è un principio generale, sotto il profilo politico, in base al quale una maggioranza è legata a una opposizione solamente quando c'è un voto favorevole sul bilancio, che è l'atto politico per eccellenza. Noi, il bilancio della Regione Puglia non lo abbiamo votato. Abbiamo votato contro.

Quando invece abbiamo votato a favore di alcuni provvedimenti, l'abbiamo fatto nella consapevolezza di votare provvedimenti che ritenevamo positivi per il territorio, e nessuno deve scandalizzarsi di questo. Io non capisco il motivo per il quale qui in Puglia, qui a Bari, ci si scandalizza quando votiamo provvedimenti che riteniamo utili per il territorio, mentre nessuno si scandalizza quando nel Parlamento nazionale, nella Camera dei deputati, nel Senato della Repubblica, assumiamo lo stesso atteggiamento e diciamo di essere disponibili a votare provvedimenti che siano utili per il Paese e a contrastare, invece, ferocemente, provvedimenti che non riteniamo utili per il Paese. Questa è una lettura strabica che, vorrei ricordare, non ci piace e non ci appartiene.

Approfitto anche della presenza dell'assesso-

re Loredana Capone, che è stata tirata in causa dagli organi di informazione, l'altro giorno, su un provvedimento che io personalmente avevo sottoposto all'attenzione del Consiglio regionale, cioè quello sull'anagrafe degli impianti, per dire che la mia interpretazione è completamente opposta rispetto a quella fornita dagli organi di informazione. Questi hanno ritenuto che, essendo stata recepita un'idea dell'UDC, ossia l'istituzione dell'anagrafe degli impianti, si dovesse desumere che c'è un accordo fra UDC e maggioranza.

Sono stato turbato – mi consentirà Loredana Capone – in negativo dal fatto che la Giunta ha sostanzialmente fatto propria la materia dell'anagrafe degli impianti, su cui discuteremo approfonditamente. Una forza politica di opposizione, infatti, può dire di aver ottenuto un risultato non quando una sua idea viene fatta propria da un'altra forza politica, ma quando si scende in campo qui, in Commissione, in Consiglio regionale, e una proposta di legge che è frutto della nostra sensibilità, della nostra fantasia, della nostra attenzione e, se mi si consente, anche della nostra intelligenza viene sottoposta all'attenzione della maggioranza e delle altre opposizioni affinché diventi non disegno di legge teorico, ma legge.

Dico questo per il proseguimento dei rapporti che sicuramente avremo anche con l'assessore Capone, da cui però vorrò sapere, per esempio, se l'anagrafe degli impianti sarebbe solamente un censimento. Al di là di chi ha definito bizzarra quella proposta, si tratta di una proposta tremendamente seria.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MANIGLIO

PRESIDENTE. Collega Curto, torni al tema.

CURTO. Mi stavo appena riscaldando, Presidente.

PRESIDENTE. Prosegua in altra sede.

CURTO. Quella non è bizzarra. Per come noi abbiamo formulato il disegno di legge, è un modo per impedire che capitali illeciti, capitali oscuri, capitali grigi entrino nella nostra Regione, visto che nel mondo del fotovoltaico e dell'eolico operano nel circuito regionale soprattutto società spagnole e tedesche di cui non conosciamo assolutamente nulla, se non a malapena i mediatori.

Chiudo quindi con questa specificazione politica sui rapporti fra maggioranza e Governo regionale da un lato e UDC dall'altro per dire che noi ovviamente non ci facciamo condizionare dalle valutazioni e dalle interpretazioni di natura diversa che, legittimamente, gli organi di informazione possono fare. Vorremmo chiedere, però, una sorta di rispetto in più perché crediamo di meritarlo visto il contributo che stiamo fornendo a questo Consiglio regionale e, soprattutto, alla soluzione dei problemi della Regione Puglia. Grazie.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Gianfreda. Ne ha facoltà.

GIANFREDA. Signor Presidente, colleghi consiglieri, avrei preferito intervenire alla presenza del Presidente Vendola, ma mi accontento della presenza dell'assessore Fiore, anche se è impegnato fuori dall'emiciclo.

Questo Piano di rientro prevede un Piano di riordino *in progress*. Dalla relazione dell'assessore Fiore ho potuto cogliere una meditata soddisfazione per il fatto che il riparto di una piccolissima percentuale, pari allo 0,8%, del Fondo nazionale dovrebbe andare alla Regione Puglia e, a quanto pare, questo piccolo incremento l'assessore Fiore ha inteso dedicarlo alla copertura del blocco totale del turnover, circostanza sulla quale io concordo.

Ma ci sono stati altri elementi che hanno fatto venir meno la proverbiale capacità dell'assessore Fiore di esprimere pessimismo e cioè l'apertura di due tavoli, uno nazionale e uno degli assessori regionali alla sanità delle

Regioni meridionali, attraverso i quali si supererebbe il criterio della privazione di cui si sono fatte portatrici le tre Regioni meridionali pilota (Campania, Puglia e Sicilia) e dovrebbero essere disponibili ulteriori risorse...

PRESIDENTE. Prego, consigliere. I suoi colleghi si sono autocontrollati.

GIANFREDA. Dovrebbero essere disponibili ulteriori risorse, così come ulteriori risorse dovrebbero provenire dalla interlocuzione con il Governo nazionale circa la valutazione dei DRG dei ricoveri extraregionali, perché si è capito che questi DRG potrebbero trovare ospitalità nella nostra regione. Ragion per cui, c'è la possibilità di congelare, almeno in parte, la quota che andrebbe corrisposta alle regioni che hanno ospitato questi nostri pazienti.

A quanto ammonta la somma che ricaveremo da questa valutazione complessiva? A sentire l'assessore Fiore, dovrebbero essere circa 60-70 milioni di euro, che sono una goccia nel *mare magnum*, ma una goccia che consente di guardare al futuro con maggiore serenità e con un pizzico di disponibilità in più da parte dell'assessore Fiore a rivedere alcuni errori.

Io qui non vorrei chiamare in soccorso gli astri, ma vorrei sapere se l'assessore Fiore è un Capricorno o è un Toro. I Capricorno e i Toro sono definiti, almeno dagli astrologi, come duri, intransigenti e tuttavia onesti intellettualmente. E proprio questa onestà intellettuale mi induce a intervenire in questo Consiglio per dire che io voterò favorevolmente al Piano di rientro, anche perché c'è stata una certa disponibilità a riconoscere che vi sono stati errori nella determinazione del Piano di riordino ospedaliero.

Consentitemi, colleghi consiglieri, di dire che io non sono un esperto di sanità, però sono un uomo che vive nel territorio, in particolare nel territorio di Poggiardo, nell'area adriatica di questo territorio. Qui si è verificata

una circostanza che mi pare estremamente squilibrata rispetto all'intero territorio della Provincia di Lecce.

L'assessore Fiore è distratto, ma sa di che cosa sto parlando, perché ho avuto modo di accennarne anche in Commissione.

Assessore, lei si può distrarre, tra due belle fanciulle mi distrarrei pure io volentieri, però ritengo di affrontare in questo momento una circostanza che non viene dal suo Piano di riordino, bensì dal Piano di riordino Fitto. Il dottor Dattoli è presente e sa bene come quel territorio, già sulla base di tale piano, perdeva nel suo impianto circa 100 posti letto. Parlo del territorio della fascia adriatica. Adesso con il suo piano rispetto a quei 100 ne perde ulteriori 80.

A ogni ipotesi di piano quel territorio, la fascia adriatica della provincia di Lecce, sulla quale è prevista la costruzione di un nuovo ospedale per 450 posti letto, perde, pertanto, 100 posti letto. Da dove derivano i conteggi per arrivare a 450 posti letto? I tre distretti di riferimento, Martano, Maglie e Poggiardo, contano 150.000 abitanti, che fanno 450 posti letto, con 3 posti per mille di acuti.

Che cosa si verifica con il Piano di riordino previsto non direttamente da lei, ma dai suoi collaboratori e dai suoi terminali in provincia di Lecce? Si verifica che tale territorio dovrebbe vivere con 200 posti letto fino alla realizzazione del nuovo ospedale, ma - badate bene - fra quei 200 posti letto, assessore Fiore, non c'è nemmeno un posto letto specialistico: non ci sono posti letto di pneumologia, reumatologia, oncologia, otorinolaringoiatria, urologia, geriatria.

Che cosa si verificherà, quindi, quando avremo pronto l'ospedale di 450 posti letto? Da dove prenderemo le specialità per trasferirvi quelle che l'ospedale di Scorrano a oggi non ha?

Qual è l'ipotesi di lavoro che io suggerisco? Lei ha compiuto una grande apertura, per la quale l'apprezzo e la ringrazio. Dobbiamo, però, davvero sederci, lei con i suoi tecnici e

io con me stesso, e valutare compiutamente che cosa sia ipotizzabile fare per non penalizzare ulteriormente l'impianto del Piano di riordino.

In conclusione, desidero ringraziare il collega Losappio per aver fatto riferimento nel suo intervento all'utilizzazione dei residenti dell'ospedale vicino a Bari. Immagino che possa trattarsi dell'ospedale di Bitonto, il quale viene utilizzato pochissimo dai residenti.

Assessore Fiore, spero che abbia in tasca i dati che le trasferisco e auspico che, quando avrà un momento di calma, li legga e li valuti. Sono schede, tabelle statistiche compilate dall'ARES, le quali ci mostrano che tra i 22 ospedali al di sotto dei 100 posti letto, di cui 18 destinati alla chiusura, ce ne sono quattro che si salvano come ospedali aggregati.

Vada a valutare non i dati statistici prodotti dall'ARES di Poggiardo. Le ho presentato il raffronto fra l'ospedale di Poggiardo e i dati statistici dell'ARES rispetto ai quattro ospedali che non chiudono: non c'è un solo criterio che l'ospedale di Poggiardo non rispetti, ragion per cui non esiste la minima possibilità che esso sia tra quelli che devono chiudere, non si sa per quale arcano mistero, a meno che non si possa ipotizzare che ci sia una tendenza, non so se volontaria o involontaria, a favorire la sanità privata nelle province di Lecce e Foggia e a penalizzare la sanità pubblica, i cui dati, per la verità, per quanto riguarda l'ospedale di Poggiardo, sono eccellenti e sicuramente fuori dai debiti che tutti gli ospedali acquisiscono. L'ospedale di Poggiardo, grazie ai medici che vi operano e al personale, è sicuramente tra i più attivi dell'intera regione.

Voto, dunque, a favore di questo Piano di rientro, Presidente, ma con la disponibilità dell'assessore Fiore a sederci a un tavolo, in cui, se emergono errori, come io ritengo che emergeranno per quell'area, essi vengano adeguatamente corretti.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Negro. Ne ha facoltà.

NEGRO. Signor Presidente, in gran parte la nostra posizione è stata illustrata poco fa anche dal collega Curto.

Abbiamo affermato sin dall'inizio in quest'Aula che siamo e saremo un'opposizione diversa, la seconda opposizione, oltre a quella del PdL e della coalizione che ha sostenuto la candidatura del Presidente Palese. Lo stiamo dimostrando nei fatti senza alcuna operazione di accordi sottobanco e senza alcun atteggiamento di consociativismo, ma interamente alla luce del sole.

Abbiamo il coraggio di esprimere le nostre opinioni e il nostro atteggiamento proprio di uomini di Governo e rappresentiamo questa caratteristica se ricopriamo compiti istituzionali sia di maggioranza, quindi di gestione del potere, sia di opposizione. Penso, infatti, che avere nella propria formazione culturale e politica il senso del Governo sia una conquista che ognuno di noi, che assolve ai compiti importanti attribuitigli dagli elettori, dovrebbe mettere sempre in campo, con riferimento sia a chi amministra, sia a chi è all'opposizione.

Il nostro atteggiamento è, quindi, coerente, soprattutto quando dimostriamo nei fatti che siamo pronti ad assumerci le responsabilità di votare i provvedimenti che riteniamo nell'interesse della Puglia intera, oppure di ostacolarli quando, secondo le nostre posizioni, tali provvedimenti sono in contrasto con i nostri valori, con i nostri principi e, in una valutazione finale, con gli interessi dei pugliesi.

Abbiamo già esaminato il Piano di rientro portato oggi in Aula e diverse volte in Commissione, dove ci siamo espressi con un'astensione. Nei giorni passati abbiamo dato, però, la disponibilità a poter modificare in Aula il voto in senso favorevole, se il Governo regionale ci darà assicurazioni sulla contestuale riconversione delle strutture dismesse per scongiurare interruzioni nei servizi sanitari offerti ai cittadini. Questa è una delle con-

dizioni che noi abbiamo messo subito sul tavolo della discussione.

Siamo convinti, infatti, che un Piano, per essere credibile e positivo, qualunque esso sia e qualunque ambito riguardi, da quello edilizio, a quello urbanistico, a quello sanitario, ossia quello che oggi stiamo affrontando, una volta progettato, consegnato, discusso e modificato, alla fine debba essere attuato in tutte le sue parti, altrimenti non può avere effetti positivi.

Insistiamo, quindi, sul fatto che, per poter funzionare, questo piano deve essere realizzato contestualmente in tutte le sue parti. Laddove si prevede la dismissione delle strutture sanitarie ospedaliere e la loro riconversione, ciò deve avvenire senza soluzione di continuità nei servizi resi al territorio. Laddove è prevista la nuova realizzazione di strutture ospedaliere, perché il Piano ha indicato in alcune parti del territorio l'assoluta carenza oppure l'insufficienza di quanto esistente, contestualmente alla dismissione e alla riconversione deve avvenire anche l'avvio delle nuove strutture, con il ricorso, per esempio, dei progetti di finanza, in modo da poter venire incontro anche all'assenza di disponibilità di denaro pubblico, consentendo ai capitali privati di partecipare a questa grande opera di ristrutturazione della rete ospedaliera.

Come abbiamo affermato in passato, siamo consapevoli che il Piano di rientro, così come è imposto, in termini calcistici è entrato a gamba tesa, da cartellino giallo o rosso, che il Governo nazionale ha commesso nei confronti del Governo regionale. Allo stesso tempo, però, l'obbligo del Piano di rientro può diventare un'opportunità, perché tutti noi siamo obbligati a rivedere e a risanare i conti della nostra sanità regionale.

Per questo motivo noi, come affermava prima il collega Curto, ma anche chi vi parla, abbiamo sostenuto negli anni scorsi il Piano Fitto, perché si cercava di mettere mano finalmente ai tanti sprechi e al bisogno necessario del riordino della rete ospedaliera. Soste-

niamo oggi questo Piano sanitario, anche se cambia il conduttore della nave, di questo mezzo di locomozione, e siamo favorevoli a esso, purché nella replica del Governo possiamo venire tranquillizzati sulla contestualità degli interventi.

Si tratta di una richiesta che ormai non è solo dell'UDC, caro assessore Fiore, ma, come lei avrà potuto notare, anche dei territori. Non leggo altro che dichiarazioni da parte dei Sindaci per cui, laddove si attuano le dimissioni ed è prevista la riconversione di tale struttura, le due operazioni debbano avvenire contestualmente. Laddove vi è la previsione di nuove strutture ospedaliere, deve avvenire contestualmente l'avvio della fase di realizzazione.

Inoltre, siamo fortemente convinti che in questo modo il Piano, se verrà attuato con tempestività e con la contestualità di tutti questi interventi, possa rappresentare oggi anche una boccata di ossigeno per l'economia pugliese, principalmente o inizialmente per il settore dell'edilizia, perché i dati sulla disoccupazione – non sto a ripeterli, perché li conosciamo tutti – sono di una drammaticità che non ha mai toccato punte tanto alte negli ultimi trent'anni della vita politica, sociale ed economica del nostro Paese.

L'UdC non ha stretto accordi. Lo preciso ad alcuni amici cui, per rispetto e per decenza, noi non abbiamo risposto: in particolare, si tratta di un amico autorevole, almeno nella carica, essendo il Vice Capogruppo del PdL. Non rispondiamo alle farneticazioni del comunicato del Vice Capogruppo del PdL e alle sue offese. Noi andiamo avanti con la nostra azione coerente nel fare politica nell'interesse del territorio.

A noi piacerebbe confrontarci in quest'Aula su proposte alternative. Avremmo voluto, per esempio, discutere di una proposta di Piano alternativo nei contenuti rispetto a quello presentato dal Governo, ma non è stato possibile. Ci sono state soltanto queste offese – lo ripeto – nei confronti del Gruppo dell'UdC,

ma sono convinto che la maggioranza dei consiglieri del PdL non la pensi come il suo Vice Capogruppo, ragion per cui non rispondiamo e non polemizziamo.

Questi sono, cari colleghi, i motivi per cui l'UdC si appresta, se, come mi auguro, otterrà garanzie nella replica del Governo regionale, a sostenere con senso di responsabilità questo Piano di rientro.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Lonigro. Ne ha facoltà.

LONIGRO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, noi oggi siamo chiamati ad approvare un atto importante e delicato, che ad alcuni potrebbe sembrare impopolare.

Il Piano di rientro ci viene imposto per le ragioni che sappiamo, ossia per la violazione del Patto di stabilità, che non ha comportato, però, come ho ascoltato da alcuni colleghi, lo sperpero e il disastro nella sanità. Si tratta di un'imposizione che ha visto chiamate anche altre Regioni italiane, soprattutto quelle meridionali, per le stesse ragioni, ma con la differenza che la maggior parte delle Regioni meridionali ha ritenuto di seguire un altro percorso, non quello del senso di responsabilità nel dover approvare l'accordo sottoscritto dal Governo regionale e dal Governo nazionale per il Piano di rientro, bensì la strada del commissariamento.

Tali Regioni hanno scelto, cioè, di fare gli ipocriti e di far operare a un terzo, un commissario, gli atti delle chiusure di alcuni stabilimenti ospedalieri che hanno un numero di posti letto inferiore a 70, di aumentare il *ticket* sulle ricette o di attuare alcuni interventi sulla farmaceutica. Noi stiamo seguendo una strada di grande responsabilità, quella di approvare questo Piano di rientro, sapendo che dobbiamo affrontare velocemente le questioni che riguardano il diritto alla salute dei cittadini pugliesi.

Da parte nostra non è un comportamento di grande responsabilità affermare, come qual-

cuno ha fatto, che vi è lo sfascio e che non esiste la possibilità di curarsi in Puglia, perché saremmo e siamo ingenerosi nei confronti della maggior parte degli operatori che tutti i giorni si dedicano ai problemi di salute posti dai cittadini pugliesi. Molto spesso tali operatori sono costretti a passare giornate intere negli ospedali perché non vi è una sostituzione, perché non vi è la possibilità di poter assumere medici, infermieri o tecnici sufficienti a far funzionare gli ospedali pugliesi.

Il problema non è la non volontà del Governo regionale o dei direttori generali di bandire i concorsi e assumere il personale, ma il fatto che siamo costretti a sottostare alle leggi nazionali.

Non voglio attribuire responsabilità a chi ha governato dieci anni fa in Puglia ed è stato costretto, per far fronte al deficit del bilancio regionale, ad assumere provvedimenti difficili, fra cui quello di bloccare le assunzioni nella sanità. Oggi stiamo pagando quel blocco delle assunzioni in Puglia per la seconda volta, laddove siamo obbligati, come tutti gli Enti pubblici, a rispettare una legge finanziaria del 2006, che, per far fronte al debito pubblico, ha obbligato tutti gli Enti locali e le Regioni a rideterminare la spesa del personale, riducendola dell'1,4% rispetto a quella del 2004.

È evidente che la Regione Puglia, che in quegli anni aveva deciso di bloccare le assunzioni, a differenza di altre Regioni italiane che invece hanno assunto, oggi è in difficoltà: non può superare la spesa del personale e, quindi, non può venire incontro alle esigenze che vengono dalla sanità pugliese nel poter avere il personale sufficiente a dare le risposte dovute ai cittadini.

Si tratta di un punto molto delicato ed è sicuramente il tema che dovremo affrontare a partire da domani. Oltre a non superare la spesa del personale del 2004 ridotta dell'1,4%, abbiamo dovuto anche introdurre la norma del blocco del *turnover*. La stessa Finanziaria nazionale, a partire dal 2011, per il contenimento della spesa pubblica ha imposto e impone

agli Enti locali di poter assumere il 20% di coloro che vanno in pensione nel 2011. Il blocco del *turnover* si riferisce allo spazio del 20% di chi va in pensione.

Questi, ovviamente, sono elementi di criticità che mettono in seria difficoltà l'organizzazione del sistema sanitario pugliese. Se poi aggiungiamo che la legge n. 133 di conversione del decreto legislativo n. 78 impone e obbliga a tutti gli Enti locali di ridurre del 50% la spesa riferita al 2009 per le consulenze, le convenzioni e i contratti di collaborazione, capiamo quanto davanti a noi la situazione sia e sarà difficile.

Credo che dovremmo affrontare la questione con grande responsabilità per tentare di razionalizzare al meglio le risorse economiche e umane. L'idea di istituire una Commissione per verificare dove ci sono sprechi è sicuramente accettabile e da perseguire. Bisogna verificare effettivamente in quali parti del sistema sanitario esistano sprechi, ma, contestualmente, penso che gli organi preposti debbano continuare a combattere la lotta alle truffe. Molto spesso, infatti, una parte del denaro che dovrebbe essere utilizzato per i cittadini pugliesi purtroppo viene sottratta con truffe che registriamo frequentemente dalle indagini condotte da altri organi.

Non può essere immaginabile che le strutture che verranno dismesse e che hanno avuto programmazioni negli anni passati, con relativi investimenti, possano essere lasciate abbandonate. Per le strutture dei territori che non vedranno più la scritta "ospedale", perché non rispondono più agli standard e ai requisiti, lo sforzo e l'impegno del Governo regionale deve essere, dunque, quello di attuare attività di riconversione per garantire diversi servizi, a partire dal mantenimento della diagnostica, degli ambulatori, degli *hospice*, delle RSA e di quant'altro sia possibile per venire incontro alle esigenze e al diritto di salute delle relative comunità.

Bisognerà sicuramente mettere in campo altre attenzioni nei confronti di tutti i cittadini

pugliesi che nel loro Comune non hanno un ospedale. Ci sono aree della Puglia che sono disagiate e in cui non è facile raggiungere un ospedale.

Occorre una maggiore attenzione e funzionalità del sistema di emergenza-urgenza, del sistema del 118, e occorre fare in modo che ci sia una presenza più diffusa e qualificata sia delle persone, sia dei mezzi che vengono utilizzati. A volte abbiamo verificato che le autoambulanze non avevano neanche il defibrillatore a bordo. È chiaro che è necessaria una maggiore attenzione e che uno sforzo va compiuto in questa direzione.

La sperimentazione degli elisoccorso, che sta dando risultati importanti, che ci mettono al passo con l'Europa, dovrebbe essere estesa a tutta la Puglia; è un sistema di grande innovazione, ma soprattutto di immediatezza per salvare la vita delle persone.

È ovvio che bisognerebbe evitare il problema dell'intasamento dei pronto soccorso o delle liste di attesa per le visite. È un problema che non riguarda solo la Puglia, ma un po' tutto il Paese, tutta l'Italia.

Vi posso portare un'esperienza che ho vissuto alcuni giorni fa personalmente. In piena notte ho avuto problemi di salute, un abbassamento improvviso di pressione, e la preoccupazione di mia moglie è stata, dal momento che non riuscivo a capire più nulla e che avevo una sudorazione eccessiva in corso, con la pressione arrivata a 60, di chiamare qualcuno.

Ha chiamato, quindi, la guardia medica, la quale ci ha dato alcuni suggerimenti, senza sapere chi era dall'altra parte, perché mia moglie non si è permessa di presentarsi. Le hanno risposto di mettermi un chicco di sale sotto la lingua per far alzare la pressione, mentre nel frattempo arrivavano loro.

Va a merito dei medici che fanno le guardie mediche nella città di Foggia riferire che, dopo cinque minuti, sono arrivati a casa, mi hanno sottoposto a tutte le verifiche e mi sono ripreso. Non c'è stata, quindi, la necessità di andare al pronto soccorso. Se avessi fatto co-

me fa la maggior parte delle persone, ossia se fossi andato al pronto soccorso, oppure se alla Guardia medica non ci fosse stato nessuno, avrei aumentato il numero delle persone al pronto soccorso e avrei creato problemi.

Anche su questo fronte credo che uno degli interventi che possono migliorare il servizio e che possono dare una risposta immediata ed evitare un affollamento nei pronto soccorso di chi non avrebbe bisogno di andarci sia quello di fare ricorso alla guardia medica.

Se mettiamo in campo queste azioni, potremo migliorare il sistema. Per evitare i viaggi della speranza, occorre realizzare poli di eccellenza in Puglia, dove poter trovare la risposta alla domanda di salute. Sicuramente deve essere uno degli obiettivi che dovremmo perseguire, perché riguarda tutti noi e i nostri concittadini.

Dobbiamo, però, fare i conti con quanto inizierà da domani mattina, ovvero il fatto che, se non registriamo un recupero di danaro, un risparmio economico, inizieremo ad avere un altro problema, quello di non poter disporre di personale negli ospedali aperti per poter far funzionare i reparti.

Penso che questa sia l'altra partita difficile che abbiamo davanti a noi e che il senso di responsabilità ci debba portare ad approvare il Piano di rientro, a dimostrare che esiste un risparmio e a riaprire una partita con il Governo nazionale, quella di rivedere il blocco del *turnover*. Abbiamo la necessità di dare la possibilità agli ospedali e al sistema sanitario di avere il personale sufficiente per far fronte alla domanda di salute.

Credo che questa sia la sfida immediata a cui tutti noi siamo chiamati. Se riusciremo ad affrontarla, credo che saremo apprezzati da tutti i cittadini pugliesi.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Lanzilotta. Ne ha facoltà.

LANZILOTTA. Signor Presidente, colleghi consiglieri, signori del Governo, il disegno di legge all'esame del Consiglio regionale offre un'occasione per fare uno spaccato sul sistema sanitario pugliese, ma è evidente che non può riferirsi a un'analisi circoscritta al 2009, al 2010 o al 2011. Si parla di un Piano di rientro che è stato definito da qualcuno che mi ha preceduto come l'occasione e l'onere di evitare l'orrore del commissariamento, ma, nel momento in cui si esprimono determinate affermazioni, bisogna anche aggiungere "in extremis".

Della relazione letta dal Presidente Marino in quest'Aula mi ha colpito un dato. Ci sono 40 "visto" in tale relazione. Più della metà di essi si riferisce ad atti che dal 2008 in poi rinviano la scelta. Oggi, nel momento in cui si parla e si discute di Piano di rientro, la Puglia deve centrarlo, ma esso deve anche contenere un grande atto di responsabilità da parte di chi ha generato tutti questi ritardi.

Come ha affermato il Capogruppo Palese, noi siamo qui a fare la nostra parte e a riferire alla Puglia che questo Piano di rientro sarà emanato, perché c'è chi si assume la responsabilità. Non è un Piano di rientro, come scritto e letto dal Presidente Marino, che apre porte su un paradiso che nessuno oggi intravede in Puglia o, come la stampa di oggi attribuisce al Capogruppo del PD di aver detto, o che rappresenta l'occasione per reingegnerizzare la sanità.

Verrebbe da dire «magari», ma tutti questi rinvii fanno nascere in noi alcuni dubbi e perplessità. La nostra è una Regione che è stata retta negli ultimi sei anni da un Governo che ha avuto, quando si è insediato, la fortuna di ereditare il lavoro sporco svolto da chi lo precedeva, cioè quello di aver comunicato alle comunità che gli ospedali si chiudevano e di aver promesso un attimo dopo che gli stessi sarebbero stati riaperti, senza poi aver centrato quell'opportunità per attuare allora una reingegnerizzazione. Pronunciate oggi, questa frase e queste considerazioni lasciano un po'

il tempo che trovano. Noi siamo, quindi, cauti e prudenti.

Abbiamo paura e per parte mia ho percepito paura e prudenza con molta correttezza anche questa mattina. Prima di iniziare il Consiglio regionale, con l'assessore Fiore e con i colleghi Palese e Decaro abbiamo incontrato alcuni sindaci.

Con molta franchezza l'assessore ha affermato di amare i numeri e che in base a essi saranno assunte le decisioni. Se oggi stiamo soltanto compiendo il primo passo di diversi atti che possano poi dare alla sanità pugliese una nuova opportunità, il passo che si compie oggi è quello del rientro, a cui seguirà poi in sede nazionale quello del riparto. Ci auguriamo che vada bene la prima fase, cui seguirà appunto quella del riordino.

Se la fase del riordino è quella che già si intravede e si legge dalle delibere approvate dalla Giunta regionale, allegate a questo Piano di rientro, la situazione non è tale da far cogliere elementi di ottimismo. È stato apportato, infatti, un taglio con la stessa logica con cui il giocatore di *poker* che si è indebitato vende i gioielli di famiglia, paga i debiti, ma continua a giocare a *poker*.

Noi riteniamo che tale scelta di tagli indiscriminati, senza intervenire sui centri di costo, contrasti con quanto, invece, era stato impostato nel Piano dell'allora Governo di centrodestra, che dava l'opportunità di contenere i centri di costo e, quindi, di rivedere meglio la distribuzione sul territorio. Riteniamo che l'occasione di rivedere meglio la distribuzione sul territorio con questo Piano di rientro sia un tantino compromessa.

È stato detto e letto che d'ora in avanti si potrà immaginare di aprire nuovi ospedali con la finanza di progetto. Noi abbiamo alcune strane considerazioni da svolgere in questo senso, perché viene riconosciuto che, facendo realizzare al privato una struttura, ciò conviene economicamente al pubblico. Se non convenisse, dovremmo realizzare noi le strutture pubbliche.

Se si certifica, come è stato detto e letto nella relazione del Presidente Marino, che la soluzione per dare alla Puglia infrastrutture moderne in ambito sanitario è quella di ricorrere alla finanza di progetto, mi viene da pensare che probabilmente questa maggioranza di Governo regionale stia pensando di rivedere anche la propria posizione sulla privatizzazione di alcuni settori della sanità e, quindi, di aprire anche l'offerta sanitaria al mercato e dare la possibilità ai privati di inserirsi in tale mercato. Evidentemente riuscirebbero a offrire un servizio di qualità a costi più contenuti.

Se sono queste le situazioni che si intravedono, il Piano di rientro parla di altro. La nostra perplessità deve essere compresa e deve essere anche occasione per comunicare ai pugliesi che probabilmente questa Regione ha perso un po' di tempo. Le nostre comunità hanno perso alcune occasioni rispetto alle altre comunità regionali dell'Italia.

In quest'occasione vogliamo anche svolgere alcune riflessioni. A me dispiace che non sia in Aula l'assessore Amati, coinvolto da questa politica di investimenti infrastrutturali. Osservo, però, che probabilmente vi è ancora più bisogno di infrastrutture viarie.

Voglio lanciare una provocazione al mio amico Michele Ventricelli. Nei cassetti della Regione Puglia dal 1980 esiste il progetto di una strada, la strada regionale n. 6, che collega Monopoli con Gravina, passando per Altamura, Santeramo, Gioia, Putignano e via elencando. Un'arteria del genere farebbe scomparire la necessità di avere molti ospedali su quella tratta: basterebbe, infatti, averne uno efficiente a Gravina e uno a Monopoli e chi abita in mezzo potrebbe in qualsiasi momento raggiungere la struttura migliore.

Quando si parla di sanità, non si può non effettuare anche un'analisi sulle infrastrutture del territorio. Su questi temi terremo alta l'attenzione e avanza una proposta nelle prossime settimane. Oggi vorremmo soltanto fare nostra una frase che alcuni giorni fa il segretario del PD, Bersani, ha rivolto al Presi-

dente del Consiglio dei Ministri dopo che egli aveva inviato una lettera al *Corriere della sera*. Bersani ha affermato che un Primo ministro non scrive lettere ai giornali, ma emana atti.

Noi facciamo nostre quelle parole di Bersani e ricordiamo alla maggioranza, al Governo, che le parole non sono atti deliberativi, né proposte di legge. Se oggi avessimo avuto proposte di legge e atti concreti insieme a questo Piano di rientro, sicuramente l'atteggiamento avrebbe potuto essere diverso. Probabilmente, però, si è scelta ancora una volta la politica delle parole.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere Lospinuso. Ne ha facoltà.

LOSPINUSO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, prendo la parola in Aula non avendo ricevuto, allo stato, risposta alla mia interrogazione del 13 gennaio, in un momento, peraltro, in cui stiamo per approvare in maniera definitiva un atto che comunque comporta ripercussioni sul riordino della rete ospedaliera.

Nella suddetta interrogazione chiedo all'assessore e al Presidente se ritengano giusto ed equilibrato un Piano ospedaliero che attribuisce alla provincia di Taranto 2,87 posti letto ogni mille abitanti, a fronte dei 4,37 di Foggia, dei 3,92 di Bari, dei 3,40 di Lecce e dei 3,23 di Brindisi. Domandavo, inoltre, se, all'interno della già ingiusta penalizzazione di cui sopra dell'intera provincia di Taranto, ritengano tollerabile che nella sua area occidentale, nei comuni di Massafra, Mottola, Castellaneta, Palagiano, Palagianello, Laterza e Ginosa, la percentuale dei posti letto per abitanti crolli addirittura allo 0,79%, con un taglio di due ospedali su tre, ovvero Massafra e Mottola, nonché del 56,25% dei posti letto preesistenti, a fronte dei 4.185 del capoluogo, del 5,48% di Martina e del 29,39% dell'area orientale, per di più con il declassamento dell'unico ospedale residuale, quello di Castellaneta, da intermedio a di base

per effetto del taglio della rianimazione e dell'UTIC.

Domando loro, inoltre, se intendano preservare questa sconcertante discriminazione in materia di tutela del diritto costituzionale alla salute ai danni di un'intera provincia e con incredibile accanimento nei confronti di una sua area.

A documentazione e integrazione di tali richieste ho presentato ieri una nuova interrogazione, che oggi consegnerò personalmente al Presidente e all'assessore, in cui ho chiesto, corredando ogni mia domanda con inoppugnabili tabelle, di conoscere quale metodo sia stato adottato per la decurtazione in maniera elettiva dei posti letto nelle province pugliesi.

L'analisi dei dati riportati nel Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 188 del 2010, relativi al riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l'anno 2010, evidenzia, infatti, una netta penalizzazione della provincia di Taranto e, segnatamente, del territorio afferente il presidio ospedaliero occidentale.

In realtà, la scure dei tagli non si è abbattuta in maniera omogenea nelle diverse province: Bari comporta una riduzione del 4,62% dei posti letto e Taranto del 13,92%. Ancor più significativa è la differenza con la provincia di Foggia, dove, a fronte di soli 60.000 abitanti in più rispetto alla provincia di Taranto - 640.891 a Foggia e 580.525 a Taranto - esiste una differenza di 1.140 posti letto, con 2.800 a Foggia e 1.664 a Taranto.

Non è condivisibile l'applicazione del Regolamento di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l'anno 2010, sia perché il numero dei posti letto è vergognosamente inferiore a quanto necessario, sia perché i tagli non sono stati effettuati in base alla valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri nelle diverse unità operative secondo il metodo di analisi dell'appropriatezza delle prestazioni, rispetto al quale la provincia di Taranto risulta abbondantemente al di sotto del numero di posti letto, ossia 3,5 posti per mille abi-

tanti, a causa della non equa distribuzione delle risorse nell'ambito del territorio regionale.

Non si evince nel Piano di riordino il criterio adottato per la riduzione dei posti letto. Si parla nel Regolamento di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'offerta ospedaliera, ma di fatto tale dato non viene considerato.

A ciò si aggiunga che il confronto in ambito regionale, rilevabile sempre nelle tabelle allegate all'interrogazione, consente di evidenziare un'ulteriore penalizzazione della provincia di Taranto, con la scomparsa in essa degli ospedali di tipo intermedio previsti dal riordino della rete ospedaliera del 2002.

Viene, quindi, di fatto disattesa la finalità espressa nell'articolo 1 del Regolamento del riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l'anno 2010, ove è espressamente riportato che il riordino è finalizzato al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'offerta ospedaliera.

Il nuovo riordino, pertanto, non prende in considerazione alcun dato relativo alla qualità della prestazione e all'appropriatezza, ma di fatto procede a una riduzione dell'offerta in maniera diseguale a netto sfavore della provincia di Taranto.

Non meno sconcertante è la ripartizione dei posti letto all'interno di una provincia già nel suo complesso pesantemente penalizzata. Confrontando ulteriormente il dato all'interno della provincia di Taranto, infatti, risulta pesantemente squilibrata la distribuzione dei posti letto per polo ospedaliero. Nel polo ospedaliero occidentale viene realizzato il peggior rapporto, 0,79% per mille abitanti, in quanto la definitiva chiusura degli ospedali di Motolla e di Massafra comporta una decurtazione complessiva del 56,25% dei posti letto esistenti.

La penalizzazione della popolazione residente nel polo occidentale è, di fatto, sproporzionata anche rispetto agli altri poli ospedalieri. Il confronto con i poli ospedalieri della provincia di Bari, geograficamente limitrofi al

polo ospedaliero occidentale e al polo ospedaliero della Valle d'Itria, sottolinea in maniera ancora più marcata la volontà di penalizzare la popolazione residente nel territorio della provincia di Taranto.

Il territorio del polo occidentale è circondato dal territorio afferente all'ospedale della Murgia, all'ospedale di Putignano, all'ospedale di Monopoli, tutti ospedali intermedi per i quali è previsto un incremento di posti letto, e dall'ospedale ecclesiastico Miulli di rilevanza regionale. Tutti hanno un indice di posti letto ogni mille abitanti decisamente superiore a quello del polo occidentale e tutti risultano ospedali intermedi.

Non ci lamentiamo poi se la stragrande maggioranza delle popolazioni delle zone penalizzate si dirige verso l'ospedale di Matera o verso l'ospedale di Acquaviva delle Fonti, chiaramente con esborsi per la mobilità verso altre regioni.

Qualora fossero stati usati criteri analoghi nell'attribuzione dei posti letto, con riferimento alle popolazioni dei diversi presidi ospedalieri, quello ionico occidentale, riferito a una popolazione di 142.674 abitanti, assessore, avrebbe dovuto avere, in luogo dei previsti 112 posti letto, 194 posti letto se rapportato alla percentuale prevista per l'ospedale della Murgia, 270 posti letto se rapportato alla percentuale dell'ospedale di Putignano, 293 posti letto se rapportato a quello di Monopoli e via elencando. Si tratta di una penalizzazione violenta.

Un ulteriore rammarico deve essere espresso relativamente alla redistribuzione dei posti letto di terapia intensiva. Anche in questo caso è stato riservato a Taranto il peggior rapporto tra posti letto e popolazione residente. È prevista l'attivazione della rianimazione presso l'ospedale di Manduria, mentre non sono più contemplati posti letto di rianimazione presso l'ospedale di Castellaneta. Sarebbe sufficiente prevedere 5 posti a Manduria e 5 posti a Castellaneta per riportare la media in un range di accettabilità, 5,68 ogni 100 mila abi-

tanti, sovrapponibile a quella delle altre province limitrofe, ma evidentemente la nostra provincia non è considerata tale dalla nostra Regione.

Da tutte queste considerazioni nasce la mia richiesta finale al Presidente della Regione e all'assessore alla sanità, che spero vogliano rispondermi quanto meno in questa occasione. Chiedo loro se non ritengano che sia colma la misura delle discriminazioni da parte della Regione Puglia a carico della Provincia di Taranto, già destinataria nella legislatura di un'autentica beffa in materia di assegnazioni di risorse per l'edilizia e per le attrezzature ospedaliere, con 14 milioni di euro a fronte di 123 della provincia di Lecce, relegata al ruolo di pattumiera e di tappabuchi regionale e interregionale, scippata delle risorse del Contratto di programma per il risanamento dell'area ILVA, assegnata dal precedente Governo Berlusconi e dal Presidente del Governo regionale Fitto e mai restituite a onta delle promesse e delle rassicurazioni, vittima di un'inqualificabile scaricabarile tra Regioni di centrosinistra e Province di centrosinistra per un'incredibile dimenticanza relativa al rifinanziamento del Distripark, umiliata nel rapporto tra il trattamento, in termini di finanziamenti, riservato all'Interporto di Bari rispetto a quello destinato alla nostra portualità.

Quanto all'area occidentale della nostra provincia, viene da pensare che la Regione di Vendola la consideri evidentemente pertinenza della Basilicata.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione generale.

Vi ringrazio perché avete rispettato i tempi e, quindi, siamo anche alcuni minuti in anticipo rispetto al programma prefissato.

Darò ora la parola all'assessore Fiore per la sua replica e poi procederemo al voto, salvo che il Presidente Vendola non intenda intervenire.

Ha facoltà di parlare l'assessore Fiore.

FIORE, assessore alla sanità. Signor Pre-

sidente, colleghi consiglieri, mi rendo conto della delicatezza del momento e dell'importanza della fase che sta attraversando la sanità pugliese. Ho ascoltato con interesse tutti gli interventi, che penso definiscano nel loro complesso il quadro delle criticità e delle speranze.

Devo alcune precisazioni di merito rispetto al lavoro complicato che è stato svolto per portare all'attenzione di questo Consiglio regionale il documento contrassegnato con il nome di Piano di rientro e di riqualificazione dei servizi sanitari della nostra Regione.

La prima precisazione va svolta al riguardo della tempistica di tale Piano di rientro. Per un periodo piuttosto lungo, un anno e mezzo circa, non è stata chiara, non a noi, ma agli uffici dei Ministeri interessati, la debenza o meno del Piano di rientro da parte della Puglia. È ovvio che una lettura astratta o non sufficientemente approfondita delle norme possa portare a ritenere che la Regione Puglia sia stata inerte rispetto alla necessità di adempiere a compiti stabiliti dalla legge nazionale.

Non è così. Non esiste alcun documento prodotto nei confronti della Regione Puglia – al contrario, ci sono state numerose interlocuzioni, soprattutto nel corso del 2009 – che invitasse la Regione alla stesura e all'organizzazione del Piano di rientro fino ai primi mesi del 2010, quando ancora, in un'interlocuzione, questa volta scritta, con i Ministeri interessati, si chiarì definitivamente dal punto di vista ministeriale che tale debenza esisteva e che ovviamente dovevano essere messi in campo gli atti conseguenti rispetto alla circostanza che ho evidenziato.

Gli elementi giuridici di dubbio sono a disposizione del Consiglio regionale e li trasmetterò al Presidente della Regione per evitare che possa rimanere in ciascuno di essi un dubbio rispetto all'inerzia dell'assessorato. Vi dico di più: da un punto di vista pratico l'avvio più lento di un processo di costruzione del Piano di rientro avrebbe in gran parte consentito un'interlocuzione con i territori assai

più tranquilla e agevole rispetto a quella condotta in tempi molto stretti.

Tuttavia, noi non abbiamo assunto l'iniziativa che altri non hanno preso fino alla data che vi ho ricordato. Vi è un punto importante: più volte il Presidente Palese, intervenendo in Aula nel corso della precedente Consiliatura, ha insistito sull'opportunità, ancor prima che sulla necessità, di procedere allo studio di un Piano di rientro.

Non mi stancherò mai di ribadire, e lo ripeto in Aula per l'ultima volta, che la logica di un qualsiasi Piano di rientro, a prescindere dal fatto che esso sia dovuto per deficit sanitario o per sfioramento di Patto di stabilità, così come è avvenuto per la Puglia, è tale per cui la Regione interessata riconosce come congrui i danari che vengono forniti dal Governo nazionale.

Si tratta del momento finale di un dibattito politico-tecnico e istituzionale molto annoso per quanto riguarda le Regioni meridionali e, quindi, anche per la nostra Regione. Imponendo tasse ai cittadini per alcuni anni o utilizzando risorse del bilancio autonomo per altri, abbiamo sopperito a un deficit che abbiamo sempre mantenuto al di sotto della percentuale prevista dalla normativa nazionale, in modo da non incorrere nel Piano di rientro da deficit sanitario.

Abbiamo sempre ritenuto, infatti, che le provviste finanziarie che a noi erano attribuite non fossero sufficienti per garantire un livello di qualità dei servizi sanitari ai nostri cittadini e soprattutto per avviare una fase di trasformazione, sulla quale sostanzialmente la letteratura internazionale, nazionale e locale, attribuendo la funzione di letteratura scientifica agli interventi appassionati e spesso documentati che vengono forniti dai consiglieri regionali, consiglia un processo progressivo di deospedalizzazione, la sostituzione degli ospedali con servizi territoriali, lasciando agli ospedali le funzioni di garanzia per quanto riguarda le acuzie su vasta base territoriale e certamente non soltanto provinciale, e con-

temporaneamente lo sviluppo di servizi territoriali degni di questo nome, integrati in un percorso armonioso fra ospedale e territorio.

Nella relazione di insediamento del Presidente Vendola a questo Consiglio regionale si faceva cenno in modo esplicito alla necessità di ricondurre progressivamente il sistema, a parità di risorse messe in campo. Si è trattato di una scelta politica e tecnica. Possiamo entrare nel merito della faccenda. Lo farò con brevità e mi riferirò a due aspetti importanti del problema: il primo attiene alle strategie generali di confronto con la crisi economica che sta attraversando il nostro Paese e il secondo agli aspetti più direttamente legati all'assistenza.

Parto dal primo aspetto. In tutte le Regioni meridionali e, quindi, anche in Puglia, ciò che si spende per la sanità rappresenta una quota estremamente rilevante del prodotto interno lordo. Pur essendo tali fondi, a nostro avviso, non sufficientemente pesati per le nostre necessità ed esigenze, essi rappresentano, fra spesa pubblica e privata, il 12% del prodotto interno lordo.

Intervenire pesantemente a ridurre tale spesa significa introdurre all'interno di una regione con gravissimi problemi economici – avete letto l'altro giorno il dato sulla disoccupazione giovanile media, che in Italia è intorno al 30%, ma che in Puglia tocca quasi il 50%, come peraltro in quasi tutte le Regioni meridionali – un effetto prociclico, con conseguenze non chiare e comunque difficilmente valutabili, che vanno addirittura ad aggiungersi agli squilibri di carattere assistenziale.

Il nostro intendimento è stato, pertanto, quello di procedere a una riconversione progressiva dei servizi all'interno della nostra Regione, certamente vecchi come impostazione, come percorsi assistenziali, come logica rispetto a un'assistenza moderna, cercando però di compiere operazioni di assestamento interno del sistema a parità di impegno economico.

Esiste poi un secondo aspetto, che, secon-

do me, è già dimostrato nelle carte. Noi abbiamo vissuto veramente in questa Regione un'esperienza nella quale si è compiuta l'operazione di raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, ossia del rapporto fra spesa e provvista finanziaria governativa. Abbiamo già sperimentato tale questione e vorrei che qualcuno se ne ricordasse.

Una volta, nelle polemiche di quei giorni, dissi a un autorevole rappresentante del Governo di allora che Quintino Sella aveva realizzato l'equilibrio finanziario del Paese nella storia, dato che dobbiamo occuparci dei 150 anni della nostra Italia, e che però aveva istituito le ferrovie. Vorrei capire che cosa sta succedendo da noi, dal momento che le operazioni di riduzione della spesa sono sostanzialmente semplici. La difficoltà sta nella costruzione del nuovo, nel mettere in piedi sistemi che permettano alla comunità di crescere.

Al momento dell'insediamento del nuovo Governo, al di là dei debiti pregressi, che sono questione diversa dal deficit – spesso in questa sede ci sono state confusioni tra deficit e debito non consone alla valentia dei singoli consiglieri regionali che si occupano del problema –, noi abbiamo portato avanti una politica di espansione della spesa. Tale politica di espansione della spesa, contenuta al di sotto della percentuale di deficit che ho ricordato, ha permesso alcuni interventi in questa Regione.

Già in altre situazioni ho esposto i dati. Esistono dati che, se volete, sono riassuntivi e che ho sottomano. La mobilità passiva è andata crescendo con un ritmo impressionante dal 2001 al 2005 e poi si è arrestata, iniziando un *trend* di riduzione nel 2007. Ho i dati con me.

È evidente che se, a un dato punto – porto un esempio per tutti –, stenta a crescere un processo di modernizzazione sull'assistenza dei pazienti oncologici e mancano gli acceleratori lineari – soltanto poche settimane fa abbiamo aperto gli acceleratori lineari a Bari – ovviamente i pugliesi si mettono in movimento per raggiungere altri lidi. Ancora oggi regi-

striamo una mobilità passiva importante nel settore della farmaceutica extraregionale, cioè in quello delle chemioterapie di ultima generazione.

Uno sforzo è stato, quindi, compiuto per infrastrutturare un po' di più in questa Regione e, nel momento in cui tale sforzo è stato compiuto, ci sono stati elementi positivi e contemporaneamente quelli che ho ricordato, con la riproduzione di deficit.

Di questo problema ho discusso con alcuni consiglieri, sempre in quest'Aula. Le *fictiones* che il Ministero dell'economia e delle finanze autorizza al momento dei tavoli di verifica sono tali per cui fino al recentissimo passato, cioè fino a ieri, era possibile non portare in copertura gli ammortamenti.

Da domani, invece, bisognerà portare la copertura degli ammortamenti, a partire da quest'anno e con una strana richiesta da parte del Ministero dell'economia e delle finanze di ricalcolare tutti gli ammortamenti dal 2000 a tutte le Regioni per un importo che ieri sera ci siamo sforzati di calcolare, che probabilmente si aggira intorno ai 10 miliardi di euro, una cifra sufficiente a mettere in ginocchio qualsiasi sistema regionale e a creare – la proposta è di una rateizzazione ventennale – una situazione di sbilanciamento che porta, di fatto, a una ricentralizzazione completa della sanità.

Non so se tale ricentralizzazione sia giusta o sbagliata, ma so che ho sempre letto questi fenomeni come un pezzo del discorso che alla fine di giugno dello scorso anno ha tenuto il Ministro Tremonti al Governo della Repubblica. Tale discorso è stato riportato dai giornali e dagli organi di stampa, ma è un documento ufficiale che può essere letto da tutti. Nella sua concezione esistono due Italie, una che merita l'autonomia e una che non la merita e per la quale deve essere messa in campo una politica che la governi e l'accompagni. Non è la stessa questione del Piano per il Sud? Non corrisponde a perdite di autonomia?

Quando parliamo del settore della sanità, è giustissimo entrare nel merito dei problemi

sanitari, ma, a mio avviso, è impossibile riuscire a capire che cosa succede e che cosa sta succedendo in Puglia, se non riusciamo a inserire le note che dedichiamo alla sanità all'interno di uno scenario nazionale.

Non esprimo giudizi di merito. Le mie considerazioni sono di pura cronaca rispetto a ciò che è accaduto nel corso di questi anni, dopodiché i cittadini giudicheranno e i consiglieri regionali, mi auguro, lo faranno prima dei normali cittadini, per il semplice motivo che hanno il compito di dirigere e di governare i processi o che dovrebbero averlo, se ancora mantengono un'autonomia vera e non fittizia.

Se introduciamo tali note all'interno di questo scenario, si capisce il fatto che il tempo che abbiamo impiegato per lavorare sul Piano di rientro è stato lungo.

Il Piano di rientro, quindi, comporta l'adeguamento dei servizi sanitari di una regione alla dotazione finanziaria che il Governo eroga. Questa è la definizione. La dotazione finanziaria, a mio avviso, e non solo mio, perché esiste una storia molto lunga, verbalizzata nelle Conferenze dei Presidenti delle Regioni, è insufficiente.

Nel momento, però, in cui va compiuto questo tipo di operazione, per definizione essa non può essere indolore, altrimenti la premessa è sbagliata. Noi avremmo bisogno di chiarirci fino in fondo su questo punto, ossia se la premessa sia sbagliata o no. Altrimenti come posso ragionare con le altre Regioni, se dentro un angolo della mia testa ritengo che, tutto sommato, le risorse finanziarie sarebbero sufficienti, se eliminassimo tutte le fonti di spreco, che pure ovviamente ci sono? Quantificare tali sprechi, però, che cosa porta? Porta a 300 milioni di euro o a 40 milioni di euro? È una differenza di 260 milioni di euro.

Quando mi si riferisce, come ha fatto il collega Surico, che un taglio dell'1% sulle spese intermedie è sufficiente a recuperare tutto il risparmio che deriva dal taglio degli ospedali, probabilmente non si tiene conto del fatto che nel 2007 il 97% di tutti gli appalti

della Regione Puglia era in proroga e che ovviamente, ogni volta che si tengono gare, come ci siamo sforzati di fare, non ancora arrivando al 100%, ci sono ulteriori spese. In proposito, vi do una buona notizia: il Policlinico di Bari arriverà al 100% di eliminazione delle proroghe a ottobre di quest'anno. Voi credete veramente, però, che il fatto di mettersi in regola con il meccanismo di appaltistica possa consentire un risparmio?

Poiché ho passato gli ultimi due anni della mia vita a cercare di guardare un po' di numeri, posso riferirvi che non è molto possibile. Comunque, abbiamo affermato più volte, e lo ripeto in questa sede, che dovevamo utilizzare in ogni caso questo momento per effettuare una radiografia spietata degli errori, dei difetti, delle difficoltà e degli sprechi all'interno della sanità.

Abbiamo tentato di effettuarla. Il Piano di rientro è un documento molto grosso, che abbiamo costruito in molti mesi, fino al luglio dell'anno scorso, con i tecnici dei Ministeri interessati. Si sono svolte poche riunioni, ma moltissime interlocuzioni, alcune volte al ritmo di una al giorno, oltre a scambi di *e-mail*.

Sono parzialmente d'accordo con il Presidente Palese, quando sostiene che la proposta è della Regione e che gli altri valutano. È vero, ma sono solo parzialmente d'accordo. Se l'altro che valuta suggerisce con enfasi una soluzione, bisogna mettersi d'accordo. Alcune di queste soluzioni, un po' più che suggerite, con tre riunioni dedicate al punto che sto affrontando in questo momento, come puro esempio, non hanno trovato fino in fondo un accordo.

Ancora oggi nutro alcune perplessità. Noi avevamo un rapporto con i privati, a mio avviso, assolutamente vantaggioso: una volta definito il tetto, si garantiva l'extra tetto con un pagamento fortemente abbattuto rispetto alla valorizzazione della prestazione in regime di tetto. Era un vantaggio per la Puglia, secondo me, e il fatto che con moltissima insistenza abbiamo dovuto rimuovere questo tipo

di legislazione e di normazione regionale, a mio avviso, ingessa il sistema e crea problemi. Porto solo un esempio, ma potrei moltiplicarlo per cento, più o meno.

Questo Piano è stato scritto con la partecipazione attiva di molti attori, del Governo regionale, del Governo nazionale, né più né meno di come si elaborano tutti gli altri Piani di rientro in Italia. Alla fine abbiamo prodotto un documento che ha almeno un pregio, ossia quello di tracciare una radiografia sincera e veritiera della situazione attuale.

Vi sono indicati gli elementi di criticità. Non voglio dilungarmi, perché penso che sia anche inopportuno: voi avete letto le carte, le avete meditate e via elencando. È evidente che, se la Regione Puglia ha il tasso più alto di ospedalizzazione d'Italia nella somma fra ricoveri ordinari e in *day hospital*, evidentemente ci sono alcuni fenomeni distorsivi.

L'aver proposto, rispetto a questa realtà, l'abolizione di 10.323 ricoveri all'anno – tanti ne effettuano gli ospedali di cui è stata proposta la riconversione o la soppressione –, con un indice di attrazione medio del 13%, significa che il cittadino del paese "x", che non cito, perché non mi interessa fare la guerra, che si ricovera, oggi nel 13% dei casi si reca nell'ospedale sotto casa e nell'87% dei casi in un altro ospedale. Stiamo parlando sostanzialmente di questo problema.

Si osserva che è pura ragioneria tesa a tagliare, ma che non comprende il nuovo. Ho avanzato una proposta in III Commissione e la ripropongo in questa sede con forza: costruiamo il nuovo. Noi ci siamo sforzati di elaborare alcune proposte, che sono assolutamente emendabili. Analogamente, è davvero possibile lavorare di più sulla contestualità, purché si intenda la contestualità di un programma verificabile, certificabile, certificato, concreto e non si usi il termine come un grimaldello per fermare qualsiasi operazione.

La contestualità è, quindi, uno degli obiettivi fondamentali che dobbiamo porci come Consiglio regionale e come Governo regiona-

le, stabilendo un'analisi precisa delle iniziative che si possono attuare il 15 febbraio, di quelle che si possono attuare il 30 febbraio, di quelle che si possono attuare il 28 febbraio e di quelle che si possono attuare alla fine di marzo. Avete ragione: vi spiegherete il motivo del 28 febbraio e del 30 febbraio tra pochi minuti.

Noi abbiamo di fronte un problema di questo tipo e abbiamo cercato di affrontarlo rivedendo la rete. Ci sono errori? Sì. Abbiamo finito il mondo adesso? No. Dobbiamo compiere un percorso di due anni con il Piano di rientro e in tutte le Regioni italiane tale percorso si svolge a *step*, di sei mesi in sei mesi, rivedendo, riaggiustando, rifacendo, cercando di raggiungere la situazione migliore possibile.

Ho già affermato – ma un consigliere regionale particolarmente avvertito come il collega Pino Romano lo ha ricordato oggi – che l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni del provvedimento relativo ai punti nascita porterà inevitabilmente a un ulteriore elemento di conflitto, se non capiamo sufficientemente che le operazioni di snellimento della rete ospedaliera e di centralizzazione delle nascite sono mirate alla sicurezza delle persone e non soltanto a tagliare qua e là e a risparmiare soldi. Sono finalizzate alla sicurezza delle persone.

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari ha elaborato uno studio, che ho visto e che credo stia già girando o che comunque girerà a breve, il quale dimostra le differenze di mortalità a seconda della dimensione dei plessi dove si finisce ricoverati.

La verità è che, in molte delle situazioni che conosciamo e di cui ci siamo occupati all'interno della discussione sul riordino e sul documento di Piano di rientro, siamo già in presenza di strutture e di stabilimenti che funzionano come RSA. Perché non riconoscere il lavoro che realmente svolgono, piuttosto che tenere in piedi simulacri di ospedali per acuti, che possono talora diventare pericolosi per le persone che accedano realmente in acuzie? Questo è il ragionamento. Ritengo, tuttavia,

che, dal punto di vista proprio dell'attenzione mediatica e in Consiglio regionale, il problema degli ospedali abbia finito per attirare un eccesso di attenzione. Il Piano di rientro è molto complesso. Comprende iniziative sulla farmaceutica, che sono state ricordate, e, per la verità, perché questo è il nodo vero, che è emerso questa mattina in Consiglio regionale, anche iniziative sulla *governance*.

C'è stato un esercizio largamente *bipartisan* sulle critiche alla *governance* della sanità pugliese. Alcune considerazioni espresse questa mattina dal relatore Marino, Presidente della III Commissione, al quale, peraltro, mi lega un rapporto personale molto forte, sono di un tale acume critico e di una tale specificità che non posso trascurarne la lettura.

Il Presidente Marino parla di «mancanza di regole comuni nelle procedure amministrative e organizzative tra le AASSLL e di omogeneità operativa tra queste, che vanifica ogni logica di sistema, assenza di una vera collaborazione tra uffici regionali e AASSLL, con lacunosità di direttive *top-down*, non applicate o non applicabili per carenze logico-strutturali e organizzative, fittizia contrattazione di *budget* tra Regione e Direzioni generali delle AASSLL, lacunosità di atti aziendali, non di rado disancorati da corrette logiche di gestione, inaffidabilità dei sistemi di controllo a ogni livello e delle modalità di raccolta dati, spesa sanitaria, solo apparentemente orientata al risparmio, di dubbia attendibilità generale».

Sono molto colpito da queste osservazioni e voglio rappresentare al Presidente Marino che lo sforzo messo in campo in questi anni dall'assessorato per riorganizzare interamente il sistema di *governance* è stato notevole.

Ricordo l'istituzione del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici poche settimane dopo il mio insediamento, nucleo che ha analizzato miliardi di euro di appalti fino adesso e che ha costruito le griglie per la stesura degli appalti stessi, cioè non si è limitato semplicemente a compiere una verifica; i gruppi di lavoro delle – purtroppo ridotte all'osso – aree

gestioni patrimonio per l'uniformizzazione dei comportamenti; il gruppo di lavoro fra revisori dei conti, che non era mai stato costituito, sull'organizzazione delle *spending review*; la riproposizione e il cambiamento dell'Unità di valutazione sull'appropriatezza dei ricoveri; il numero enorme di visite ispettive condotte da parte dell'assessorato, alcune delle quali si sono chiuse attraverso l'individuazione di fatti che sono stati oggetto di trasmissione doverosa a chi compete.

Non ho mai compiuto un'operazione tale da evitare, se saltava fuori un elemento a carico di una persona con una qualsiasi tessera politica, di segnalare la faccenda a chi di dovere.

È stato compiuto uno sforzo colossale nella riorganizzazione dei flussi dei dati. Abbiamo messo in piedi un sistema complicatissimo, con moltissimi applicativi, gran parte dei quali legati al controllo della spesa. Più recentemente sono state avviate cabine di regia a ridosso dell'approvazione del Piano di rientro per garantire il governo complessivo della situazione.

Ogni operazione di centralizzazione – su questo punto sono completamente d'accordo con il consigliere Curto – comporta un rischio, quello della formazione di monopoli. Le operazioni di centralizzazione che abbiamo avviato non comportano tale rischio. Si cerca, invece, di garantire un equilibrio fra ciò che deve essere centralizzato e ciò che può essere ancora periferizzato, perché l'ottica del risparmio della spesa può portare anche a un aumento della spesa a distanza di tre o di quattro anni e, quindi, bisogna trovare il punto di equilibrio giusto.

Ci sono altre operazioni da effettuare sulla *governance*. Ho sentito in questa sede critiche feroci al *management* delle AASSLL. Ci siamo posti il problema di mandarlo a scuola e voi lo sapete. Il corso che stanno frequentando gli aspiranti nuovi *manager* delle AASSLL è, ve lo garantisco, di altissimo livello e l'interlocuzione è continua.

Abbiamo già terminato la fase teorica e siamo passati a quella sul campo: a gruppi vengono affidate analisi di territori e progetti territoriali per la risoluzione di problemi concreti. È stato messo a disposizione di questi soggetti ciò che è stato messo anche a disposizione vostra, ovviamente, ossia il Piano di rientro, le analisi della spesa e le analisi delle attività locali.

Essi sono stati chiamati a esprimere una propensione, un'attitudine a svolgere un mestiere delicato, quello che io definii tanti anni fa – ora mi permetto di riproporre tale definizione – la capacità di trasformare le risorse in diritti e non di compiere l'operazione per cui si parte dall'esistenza di alcuni bisogni e dall'esigenza di trovare i soldi.

Quest'ultima è un'operazione di grande tranquillità, che scarica a un livello sempre superiore le responsabilità, senza fine. Si arriverà all'ONU, a un dato punto, o a un altro decisore finale, che permetterà poi a cascata che tutto si svolga secondo un armonioso progetto.

Certamente il lavoro svolto non basta mai. Qualcuno di voi ha sicuramente letto l'ultimo documento di indirizzo economico-funzionale che la Regione ha emanato. È un documento molto articolato, che riprende il Piano di rientro e lo trasforma in obiettivi precisi, che consentono una linea precisa entro la quale deve essere svolta l'attività amministrativa. Abbiamo fatto ciò che si poteva, secondo me, tenendo conto della situazione, nonché delle difficoltà organizzative richiamate nella relazione del Presidente Marino, che ho appena finito di riportare alla vostra attenzione per la sua importanza.

Non sono abituato a tradurre tutto in politiche e conosco l'importanza delle Istituzioni, quindi so che, quando il Presidente parla, lo fa da Presidente della III Commissione e che devo analizzare parola per parola le sue dichiarazioni.

Noi oggi abbiamo una situazione di nave in movimento. Ci sono molte distorsioni, sono

state svolte moltissime osservazioni nel corso del dibattito di questa mattina e io ho preso appunti su tutto. Chiedo veramente scusa a molti colleghi che sono intervenuti: alcuni hanno espresso considerazioni imprecise e ho la possibilità di documentare la loro imprecisione, ma ritengo di doverlo fare in un'interlocuzione diretta e non comportandomi da primo della classe all'interno di questo Consiglio regionale.

Viceversa, ho già richiamato alcune osservazioni che venivano svolte appropriatamente, per esempio, dal consigliere Curto, al riguardo della difficoltà di monopolio e del problema della contestualità. Molti altri punti sono stati importanti.

Si sposano perfettamente insieme una parte dell'intervento del collega Palese e una parte dell'intervento del consigliere Mazza, quando entrambi pongono il problema di definire il modello organizzativo dell'alternativa. Si tratta di un compito delicato, sul quale la riflessione mia personale e degli uffici dell'assessorato è in corso, ma che deve trovare necessariamente un punto di equilibrio nel dibattito in III Commissione.

Mi è stato riferito da più di uno, peraltro riprendendo alcune mie dichiarazioni rilasciate alla stampa, che su molti punti di questo Piano di rientro, sia specifici, sia generali, è mancata una comunicazione sufficiente, che permettesse di guardarlo con minor sospetto.

Io sono del parere che il sospetto delle comunità locali sia giusto, ossia sono convinto che le comunità locali abbiamo fatto bene e che continuino a far bene a vigilare su ciò che accade in Consiglio regionale e nelle quattro mura dell'assessorato alla sanità. Tuttavia, se ci fosse stata una comunicazione migliore, credo che sarebbe stato possibile ridurre il grado di diffidenza dei cittadini nei confronti delle manovre che stiamo compiendo.

Attenzione, però: la comunicazione deve essere veritiera. Trovo assolutamente scandaloso per una classe dirigente cercare di scollinare le elezioni comunali in un dato paese e

suggerire nell'orecchio al sindaco dell'altro paese che tutto sommato si troverà una maniera per attutire il colpo. Quella non è comunicazione.

La comunicazione consiste nell'aprire le carte, nel cercare di ragionare e nel vedere il fattibile. Noi abbiamo compiuto in molte parti, non dappertutto, questo percorso, per esempio in merito al problema degli organici, del personale.

Questo Piano, che ha uno dei suoi punti più feroci e difficili nel blocco del *turnover*, può reggere, infatti, soltanto se la presenza del personale viene ottimizzata, e cioè se veramente, attraverso l'anagrafe punto per punto che abbiamo realizzato sulla situazione del personale, sia possibile affermare che i sei dirigenti infermieristici che si trovano nell'ospedale che non cito, a fronte dell'unico dirigente infermieristico che si trova nell'ospedale grande accanto, possono e debbono essere riutilizzati in altra sede.

Se non abbiamo questa analitica – è stato affermato questa mattina e lo ripeto – incontreremo difficoltà a governare questo passaggio, nonché a giustificare le deroghe che dobbiamo andare a chiedere e che sono indispensabili in alcuni settori, anche a costo di ritoccare un po' la spesa e di riuscire a trovare altre fonti di risparmio all'interno di questa macchinetta che è il Piano di rientro, in cui ogni provvedimento che viene assunto in aumento, per attuare iniziative commendevoli, deve essere contemporaneamente e contestualmente accompagnato da un altro elemento che si chiude, che cambia, che risparmia e il processo deve essere credibile. Non può essere semplicemente un annuncio.

Vi porto un esempio per tutti per poter essere capito fino in fondo. Quando abbiamo compiuto il pezzo iniziale del percorso con il Ministero e abbiamo affermato che la Puglia aveva già dimostrato di essere in grado, attraverso un'operazione di budgetizzazione dei medici di medicina generale, di risparmiare un data somma, abbiamo preso la media fra la

Provincia di Barletta, Andria e Trani e quella di Foggia. Abbiamo stabilito, quindi, che se avessimo avuto la stessa spesa farmaceutica in tutto il resto della Puglia, avremmo risparmiato 80 milioni di euro.

Il Ministero ha risposto che prima avremmo dovuto risparmiarli e che poi sarebbero stati conteggiati. Tutto ciò che io iscrivo in bilancio deve essere una cifra certa, dunque, altrimenti non la posso iscrivere. Il Ministero capiva che era probabile che noi avremmo potuto realizzare l'obiettivo esposto, perché sembravamo in grado di realizzarlo, almeno in un pezzo della Puglia, ma non ce lo poteva attribuire.

Poiché comprendeva, comunque, che l'intenzione era corretta e che gli strumenti evidentemente erano già a nostra disposizione, ci ha riconosciuto il 10%". In tal modo, da 80 milioni siamo passati a 8. Questo è il percorso che dobbiamo compiere ogni volta che si sposta una spesa per migliorare, per esempio, i centri di eccellenza.

Posso permettermi una digressione rapida? Questa mattina è stata dichiarata ormai fuori da necessità di ventilazione artificiale una ragazza di 23 anni, puerpera, che era in ossigenazione extracorporea al Policlinico. È guarita. È una buona notizia. Ovviamente gli amici della stampa mi hanno chiesto perché non seguiamo noi i trasporti. Noi abbiamo eseguito un trasporto l'anno scorso, ma si tratta di 40 persone in movimento contemporaneamente su un paziente, quando tale paziente è in ossigenazione extracorporea.

Quando parliamo di centri di eccellenza, è bene che capiamo tutti che dobbiamo calcolare quanto costano. È vero ed è dimostrabile che in sanità la parte più importante dei costi sono quelli di base, che reggono l'infrastruttura. Un centro di cardiocirurgia si costituisce con due sale operatorie, la terapia intensiva, il reparto, i medici e gli infermieri che devono reggere la giostra. Dopodiché, se vi entrano 500 pazienti o 700, il costo non cambia affatto. Non so se è chiaro. Il costo è ciò che si sostiene per attivare

e tenere in esercizio un reparto, ed è pesantissimo. Di ciascuna di queste questioni, per quanto riguarda la cosiddetta "eccellenza", è possibile ragionare, ma in questi termini.

Non ho ancora dimenticato un'esperienza che compii molti anni fa, quando fui chiamato – ero un giovane rianimatore di questa regione – dall'allora assessore, di cui non cito il nome, il quale mi riferì che aveva *tot* miliardi (eravamo in epoca pre-euro) e mi chiedeva quanti posti letto di rianimazione si potessero istituire con tali miliardi. Gli domandai a che cosa si riferisse, se all'acquisto di *monitor*, letti e respiratori o al costo di esercizio. Non scherziamo, non è la stessa cosa.

I documenti si devono leggere tutti, come alcuni di loro mi insegnano, le carte vanno studiate. Dobbiamo riprendere un percorso, immediatamente dopo i giorni che inevitabilmente mi aspettano a Roma. Non c'è dubbio, però, che l'esperienza di oggi mi ha insegnato che ognuno deve stare al suo posto nel momento del periglio.

Io ho portato avanti la pratica del Piano di rientro, che forse oggi si chiude grazie alla benevolenza di questo Consiglio regionale. Tale Piano impone sacrifici ai cittadini, nonché un atteggiamento diverso – mi è stata ricordata dal Presidente Romano la necessità di costruire alleanze – da parte di coloro che rivestono il ruolo principale nel gioco della sanità.

Esistono tante professioni sanitarie, tutte importanti; abbiamo cambiato le leggi delle professioni sanitarie, per cui non sussiste più una subordinazione diretta dell'infermiere o del fisioterapista rispetto al medico, ma non c'è dubbio che i medici siano ancora i *pivot* di tale organizzazione.

Sono medico di mestiere, ragion per cui so qual è il mio posto in una situazione nella quale esistono tensioni e problemi di questo tipo. È necessario, quindi, che il ragionamento che è stato sviluppato sul Piano di rientro, sulla *governance*, sui meccanismi dei rapporti tra Governo regionale e nazionale venga necessariamente sviluppato da chi ha il compito isti-

tuzionale per farlo fino in fondo. Non mi sottraggo alla mia responsabilità del percorso romano. Lo affermo in questa sede per evitare qualsiasi equivoco.

Nel corso degli ultimi mesi ho ragionato con i miei colleghi delle altre Regioni, in particolare con quelli di Campania e Sicilia, allo scopo di rafforzare un'alleanza meridionale che consentisse a tutti noi di essere presenti in maniera più chiara e omogenea, non rivendicativa, ma più precisa anche dal punto di vista tecnico.

Sono orgoglioso di comunicare che la Regione Puglia è quella che ha organizzato i tavoli tecnici delle Regioni meridionali e che è in grado di effettuare le simulazioni, di eseguire i calcoli con alcuni criteri, di avanzare proposte tecniche rispettate da tutti, a livello sia meridionale, sia delle Regioni nel loro complesso. Devo necessariamente portare avanti questo fatto nei prossimi giorni.

Successivamente a questa fase la mia esperienza in questo ambito si chiude, perché, proprio in relazione alle problematiche di Piano e di *governance* che ha posto con tanta energia e sicurezza il Presidente Marino, credo che sia necessario un confronto politico che vada fino in fondo per realizzare gli obiettivi che tutti noi oggi ci siamo prefissati.

PRESIDENTE. Con la relazione dell'assessore Fiore, che ringrazio a nome dell'Assemblea soprattutto per la chiarezza e per la grande onestà intellettuale con la quale ha voluto riportare in Aula il difficile percorso della transizione del sistema sanitario pugliese, di chiude il dibattito.

Esame articolato

PRESIDENTE Passiamo, quindi, all'esame dell'articolato.

Do lettura dell'articolo 1:

art. 1

(Approvazione)

1. È approvato l'Accordo sottoscritto il 29

novembre 2010 tra Ministro della Salute, Ministro dell'Economia e Finanze Presidente della Giunta regionale, con l'allegato "Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema sanitario regionale 2010-2012".

Lo pongo ai voti.

PALESE. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà. La prego di contenere il suo intervento in tre minuti.

PALESE. Signor Presidente, le questioni sono importanti ed è meglio chiarirle subito. Penso che continuare a ritornare sempre sullo stesso problema procedurale e sui ritardi non porti più nulla alla discussione. Abbiamo consumato tutto, però, se si insiste, ripeterò la mia considerazione fino alla fine dei nostri giorni, anche se non porterà alcunché di aggiuntivo rispetto a quanto è stato affermato questa mattina.

Se l'articolo 40 della legge n. 448 del 2001 stabilisce alcune regole, esse esistono. Non ho idea di come si sia svolta l'interlocuzione e di che cosa non abbia funzionato.

L'articolo 14 del Patto della salute stipulato il 3 dicembre 2009 sui Piani di rientro non per deficit eccessivo, ma per altre inadempienze, esiste. Non dubito minimamente delle situazioni in merito al Piano di rientro che ci ha ricordato poco fa l'assessore Fiore, ma è importante chiedersi anche perché la Regione Sicilia, nel settembre del 2008, a seguito della norma introdotta dal Governo Prodi a partire dal 1° gennaio 2008, abbia acconsentito di presentare il Piano di rientro per sanare l'inadempienza del Patto di stabilità e abbia ricevuto 312 milioni di euro. Parliamo di settembre 2008.

Si tratta solo di precisazioni. Non è attribuibile ad altro, se non all'Europa e alla nuova legge finanziaria con i suoi nuovi bilanci, il problema degli ammortamenti, un problema serio, che noi in Commissione dovremmo af-

frontare, almeno per capirne la dimensione che riguarda la Puglia.

In merito alle tariffe, anch'io ritenni che non fossero favorevoli per la nostra Regione nel 2004, quando il Governo del nostro stesso colore politico impose la cessazione del regime dell'assistenza indiretta, con cui le prestazioni venivano pagate al 50%.

Le regole generali vanno seguite, perché hanno valenza generale. Assessore, ho letto il DIEF con attenzione. Attuiamolo all'inizio dell'anno. Non è un appunto, anche perché altre Regioni stanno correggendo questo aspetto.

FIORE, *assessore alla sanità*. Tecnicamente non potevo fare il DIEF fino alla firma del Piano di rientro.

PALESE. Immagino che, appena finito il riparto, quest'anno lo si faccia, e subito.

Sulla *governance*, io non disconosco gli sforzi e tutto quello che si sta facendo, in un settore in cui, peraltro, non si finisce mai di imparare. Dopo tanti anni, quarantotto ore fa ho appreso una circostanza per me incredibile. Sapevo dell'infungibilità, delle gare, delle proroghe, eccetera, ma il meccanismo delle forniture in conto deposito, con listino depositato, mi era sconosciuto. Credetemi, l'ho scoperto quarantotto ore fa, allorchè mi è stato raccontato con dovizia di particolari, e sono rimasto sconvolto. Su mia proposta introducemmo il divieto sull'infungibilità, ma qui il discorso è diverso. Dovremmo fare con urgenza una norma di divieto ancor più feroce.

Assessore, quando parliamo di *governance* lo facciamo anche con lo spirito di stanare situazioni che continuamente emergono.

Mi preoccupa particolarmente – al riguardo confermo il nostro contributo – il problema dell'organizzazione, ossia il nuovo modello funzionale organizzativo, in base ai fabbisogni delle prestazioni e alle localizzazioni, in riferimento, in particolare, all'utilizzo dei diciotto ospedali in discussione.

Se noi non interveniamo con grande urgenza rischiamo che il problema esploda e che quello che vediamo oggi nei pronto soccorsi accada dappertutto.

Non mi dilungo per non togliere tempo...

PRESIDENTE. Consigliere Palese, la invito a svolgere la dichiarazione di voto, non una relazione.

PALESE. Assessore, mi spaventa il problema della mobilità passiva, laddove ci sono situazioni endogene – e per brevità non dico neanche una parola su questo – ma anche situazioni che non dipendono da noi, né come Regione né come Paese. Mi riferisco alla libera circolazione dei pazienti nei Paesi europei, a partire dal 1° gennaio di quest'anno, dove c'è lo stesso sistema della mobilità. Dunque, alla mobilità interna, tra le varie Regioni, si aggiungerà quest'altro elemento.

Inoltre, vi è un fattore esterno di natura scientifica. Tra poco – e penso che l'assessore Fiore me ne darà atto – la gente comincerà a chiederci, nell'evoluzione scientifica, tutte le diagnosi predittive, perché l'ingegneria molecolare ci porta a conquiste di questo tipo e dovremo dare delle risposte.

Ribadisco la contrarietà già espressa questa mattina nel merito del Piano, senza ribadire le motivazioni. Vorremmo che il nostro sistema riuscisse a dare veramente una svolta. Ricordo che Regioni che hanno difficoltà rispetto alle liste d'attesa, come la Regione Lazio, tengono gli ambulatori aperti il sabato e la domenica.

Anche questa possibilità deve essere esplorata fino in fondo. Riconosciamo tutti i problemi che sono stati elencati, quelli affrontati e quelli da affrontare, ma dobbiamo cercare di prevedere un'organizzazione tale che consenta di realizzare un sistema sanitario all'altezza della situazione.

Le motivazioni del voto contrario sono note da giorni e non intendo ulteriormente ribadirele.

PRESIDENTE. Consigliere Palese, io avevo notato che lei aveva un atteggiamento diverso dal solito. Adesso ho appreso che è rimasto sconvolto e la mia preoccupazione è che lei lo sia ancora.

NEGRO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

NEGRO. Signor Presidente, dopo aver ascoltato la replica dell'assessore Fiore, intendiamo tener fede all'impegno che abbiamo assunto di essere un'opposizione responsabile.

Inoltre, come abbiamo detto negli interventi precedenti, riteniamo che questo Piano di rientro possa costituire un'opportunità che ci obbliga a rivedere tutto il sistema sanitario regionale, che ovviamente – è inutile ripeterlo – non funziona, a causa delle lacune e delle disfunzioni che mostra nei confronti delle nostre comunità che hanno bisogno di salute.

Per quanto ci è stato assicurato, certi che il Governo attuerà il Piano in tutte le sue parti, così come esso è stato portato in Consiglio dopo l'esame delle Commissioni, e soprattutto restando ferma l'intesa di rivedere, nell'ambito del possibile, il riordino della rete ospedaliera, correggendo gli errori peraltro confermati dall'assessore (mi riferisco, in particolare, a quelli denunciati dal collega Gianfreda), noi esprimiamo il nostro voto favorevole.

MARINO, *relatore*. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MARINO, *relatore*. Signor Presidente, intervengo non per dichiarazione di voto, ma per dare una spiegazione. Non vorrei che fosse sorto un equivoco con l'assessore...

PRESIDENTE. Consigliere Marino, la sua

è una dichiarazione di voto nella quale lei chiarirà il suo pensiero.

MARINO, *relatore*. All'assessore mi lega non solo un sentimento di affetto. Altre volte, sia in Commissione che in Consiglio, ho dato atto del lavoro che egli ha svolto e sta svolgendo con grande dedizione.

Le questioni che egli stesso ha elencato non sono da ascrivere a una mancanza di iniziativa dell'assessore Fiore.

Da due anni a questa parte, da quando ha assunto la carica di responsabile dell'assessorato alla salute, c'è stata un'accelerazione sui processi diagnostico-terapeutici, sulla possibilità di interlocuzione con le AASSLL, oltre alla cabina di regia citata dall'assessore.

Credo che i punti elencati rappresentino un auspicio; io li ho citati non per sottolinearne la mancata attuazione, ma come base di un confronto e per cercare di costruire insieme un percorso.

Nella mia esperienza di consigliere regionale, noto che esiste uno scarto tra la *mission* che lei puntualmente porta avanti e la gestione concreta. Probabilmente mi sono spiegato male. Per citare l'esempio banale dei direttori generali e dei loro *budget*, nella storia della Regione Puglia, a parte questo ultimo periodo, è stata mai fatta una verifica dei risultati ottenuti a fronte del *budget*? Questo è un lavoro che lei sta portando avanti e del quale le devo dare atto, assessore, ma al riguardo forse dobbiamo lavorare di più. Intendevo esprimermi in questo senso, vorrei che fosse chiaro.

Chiarisco, dunque, che non esiste alcuna mia contrapposizione personale con l'assessore e credo che il lavoro che abbiamo portato avanti in questi mesi e in questi anni abbia dimostrato il rapporto leale che si è instaurato fra di noi. Ed è con grande lealtà, assessore, che ho espresso questo chiarimento.

DAMONE. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DAMONE. Signor Presidente, l'assessore Fiore ha terminato il suo intervento dicendo che da questo momento la sua esperienza è conclusa. Non voglio immaginare che egli intenda rassegnare le dimissioni, dunque mi attendo una risposta al riguardo, anche perché – lo ripeto – l'assessore Fiore è il curatore fallimentare della sanità pugliese.

A prescindere dall'onestà intellettuale e dalla puntualità delle precisazioni, della replica dell'assessore mi ha colpito il riferimento a Quintino Sella. Assessore, io sono un grande estimatore di Quintino Sella, ma ritengo che questa figura non debba essere solo evocata, bensì anche imitata. Seguendo il suo esempio si dovrebbero dare risposte al territorio.

Quintino Sella, stando ai ricordi storici che abbiamo, era il Ministro del tesoro che pagava il biglietto del treno per raggiungere Roma dalla sua residenza. Noi, invece, assistiamo allo spreco enorme di acquisti di mezzi, di missioni lontane, di spese di pubblicità. Se la sanità non acquisisce una cultura di lotta alla corruzione né l'assessore Fiore, che ritengo persona altamente onesta, né alcuno di noi potrà fare granché, perché questo settore sarà sempre il pozzo di San Patrizio.

Penso alla infungibilità delle protesi, alle prestazioni aggiuntive, alle spese varie: si pensi che una risonanza magnetica è costata a un ente 6 miliardi di vecchie lire! È un disastro.

PRESIDENTE. Consigliere Damone, ha chiesto di intervenire per dichiarazione di voto, non per fare una controrelazione.

DAMONE. Presidente, mi dia la possibilità di concludere.

PRESIDENTE. Lo faccia, ma esprima la dichiarazione di voto.

DAMONE. Devo pur giustificare il voto, Presidente.

Sembra che la parola "corruzione" dia fa-

stidio. La realtà drammatica è che si ruba troppo nella sanità. È inutile continuare con le indicazioni e con i richiami normativi. Assessore Fiore, dobbiamo combattere la disonestà macroscopica che viene coperta a tutti i livelli, negli incarichi, negli appalti, negli acquisti di attrezzature e via discorrendo.

ZULLO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Lei intende intervenire in difformità dal suo Gruppo?

ZULLO. Prima di votare chiedo un chiarimento.

PRESIDENTE. Collega Zullo, non giochiamo con il Regolamento. Si limiti alla dichiarazione di voto.

ZULLO. Presidente, non intendo giocare. Io credo che il voto di ognuno di noi debba formarsi in piena libertà e in piena coscienza. Nel mio intervento di questa mattina ponevo questioni che attengono al seguito di quella che sarà l'applicazione di questo Piano di rientro.

Voglio capire se siamo di fronte a una diarchia tra assessore alla sanità e Presidente della Commissione, anche per comprendere come si svolgerà il lavoro successivo. Se esiste una frizione, una dicotomia, per me è importante saperlo.

Voglio capire se questo Piano di rientro deve essere applicato così com'è, se deve essere cambiato, se dovete continuare ancora a farne mercimonio, contrattazioni. Voglio capirlo prima di esprimere il mio voto.

PRESIDENTE. Avevamo già annunciato il voto, ma è stata chiesta la parola per dichiarazione di voto. Ritengo che il collega Zullo avrebbe potuto risparmiarsi il suo intervento, giacché il collega Marino ha ampiamente chiarito che non esiste alcuna diarchia.

Cerchiamo di essere seri e rispettiamo l'Istituzione. In questa fase è possibile intervenire solo per dichiarazione di voto.

ROMANO. Domando di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ROMANO. Manifesto a nome del Gruppo il pieno consenso all'operato dell'assessore e ai risultati che ha prodotto in questi anni. Riteniamo importante ribadirlo perché in quest'Aula molto spesso la politica è andata sopra le righe rispetto al sistema della sanità.

In tutti i sistemi c'è una percentuale di disfunzioni, di corruzione e via elencando. A mio avviso, noi dobbiamo dimostrare nei fatti – e l'assessore Fiore lo ha fatto ampiamente – che la sanità in Puglia può prendere una strada diversa, come sta facendo da un po' di tempo a questa parte.

Non credo che i risultati possano essere immediati. Quando abbiamo parlato, anche animosamente, con il Presidente Palese, abbiamo affrontato il tema della *governance*. Un termine enfatico, bellissimo, ma nel modello organizzativo, rispetto al sistema degli interessi legittimi – non la corruzione – di cui abbiamo sentito durante le audizioni e gli incontri, la *governance* ha una parte di interregno all'interno del quale il problema diventa culturale, e nessuno può avanzare soluzioni di questo tipo.

Noi apprezziamo il modo con il quale l'assessore ha replicato alla discussione che abbiamo svolto e il modo con il quale ha dimostrato, anche in Commissione, la disponibilità ad approfondire gli argomenti.

Non c'è nessuna chiusura, però il Piano di rientro sottoscritto a livello nazionale, come abbiamo detto, è un passaggio cruciale per il sistema sanitario regionale. Invitiamo l'assessore a riflettere sulle ultime tre righe delle conclusioni, perché per affrontare temi come la rete, il distretto, le linee guida nazio-

nali, le Conferenze Stato-Regioni – e qui occorre un processo di ammodernamento come quello che abbiamo approfondito questa mattina e rispetto al quale avremo altri appuntamenti nelle Commissioni consiliari – necessitano spalle forti.

In una precedente seduta ho invitato il Presidente Vendola a tenere duro, perché avendo fatto l'amministratore so cosa arriva sulla scrivania dei diretti interessati. Ho detto nel mio precedente intervento che l'assessore Fiore avrebbe dovuto munirsi di una campana di vetro per ascoltare e poi andare avanti.

Invito l'assessore a non lasciare in piedi questa *vacatio*. Come Partito Democratico non condividiamo le ultime righe. Questo non significa che vi sono contrapposizioni; al contrario, vogliamo approfondire e vogliamo che l'assessore continui a guidare la Puglia in questo processo di ammodernamento del sistema sanitario.

Il nostro voto è favorevole per questi motivi.

PRESIDENTE. Indico la votazione, mediante procedimento elettronico, dell'articolo unico del disegno di legge n. 28 "Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012".

I consiglieri favorevoli voteranno «sì», i consiglieri contrari voteranno «no», gli astenuti si comporteranno di conseguenza.

Dalla scheda di votazione risulta che:

Hanno votato «sì» i consiglieri:

Amati,
Blasi, Brigante,
Canonico, Capone, Caracciolo, Cervellera,
Curto,
Decaro, De Gennaro, De Leonardis, Disabato,
Epifani,
Gentile, Gianfreda,
Introna,
Laddomada, Loizzo, Longo, Lonigro, Losappio,
Maniglio, Marino, Matarrelli, Mazza,

Mennea, Minervini,
Negro, Nicastro, Nuzziello,
Ognissanti,
Pastore, Pellegrino, Pentassuglia,
Romano,
Sannicandro, Schiavone, Stefáno,
Vendola, Ventricelli.

Hanno votato «no» i consiglieri:

Alfarano,
Barba, Bellomo, Boccardi,
Caroppo, Congedo,
Damone, De Biasi,
Friolo,
Gatta, Greco,
Iurlaro,
Lanzilotta, Lospinuso,
Marmo,
Palese,
Sala, Surico,
Tarquinio,
Vadrucci,
Zullo.

Si è astenuto il consigliere:

Buccoliero.

PRESIDENTE. Comunico il risultato della votazione:

| | |
|----------------------|----|
| Consiglieri presenti | 62 |
| Consiglieri votanti | 61 |
| Hanno votato «sì» | 40 |
| Hanno votato «no» | 21 |
| Consiglieri astenuti | 1 |

L'articolo unico è approvato.

Si intende, pertanto, approvato il disegno di legge nel suo complesso.

VENDOLA, *Presidente della Giunta regionale*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

VENDOLA, *Presidente della Giunta regionale*. Signor Presidente, chiedo che il provvedimento sia dichiarato urgente.

PRESIDENTE. Pongo ai voti la procedura d'urgenza.

È approvata.

Ordine del giorno a firma dei consiglieri Marino, Lonigro, Sannicandro, Damone, Nuzziello, Schiavone, Ognissanti, De Leonardis, Tarquinio, Gatta "Stipula convenzione tra Regione Puglia e Azienda ospedaliera Università di Foggia"

PRESIDENTE. È stato presentato, a firma dei consiglieri Marino, Lonigro, Sannicandro, Damone, Nuzziello, Schiavone, Ognissanti, De Leonardis, Tarquinio e Gatta, un ordine del giorno "Stipula convenzione tra Regione Puglia e Azienda ospedaliera Università di Foggia" del quale do lettura:

«Il Consiglio regionale

premessò

che l'assessorato alla salute dovrà procedere al varo del piano di riordino ospedaliero;

considerato

che alla data odierna non ancora viene sottoscritto il protocollo di intesa tra la Regione Puglia e l'Azienda Ospedaliera Sanitaria Università di Foggia;

impegna

la Giunta regionale ad adottare, con la massima urgenza, i provvedimenti previsti per la sottoscrizione della convenzione tra i due Enti».

Lo pongo ai voti.

È approvato.

Ricordo che la seduta prevista per domani non avrà luogo.

Il Consiglio tornerà a riunirsi martedì 15 febbraio.

La seduta è tolta (ore 16.35).