



CONSIGLIO REGIONALE DELLA PUGLIA

IX LEGISLATURA

50^a SEDUTA PUBBLICA RESOCONTO STENOGRAFICO

martedì 28 febbraio 2012

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

INDICE

Presidente	pag.	3	quali pugliese, in un incidente in Afghanistan avvenuto il 20 febbraio scorso		
Incoraggiamento ai due fucilieri pugliesi sottoposti dalle autorità indiane a un provvedimento di fermo giudiziario per la presunta uccisione di due pescatori indiani al largo della costa di Trikunnam in Kerala			Presidente	pag.	3
			Processo verbale	»	3
			Congedi	»	5
			Risposte scritte a interrogazioni	»	5
Presidente	»	3	Assegnazioni alle Commissioni	»	5
Commemorazione per la morte di tre soldati italiani, uno dei			Interrogazioni e mozione presentate	»	7
			Ordine del giorno	»	8

Sull'ordine dei lavori

Presidente pag. 9

Proposta di legge Ventricelli, Lo-sappio, Disabato, Brigante, Cervellera, Laddomada, Lonigro, Matarrelli, Nuzziello, Sannicandro "Modifica all'art. 3 della L.R. n.14 del 15 maggio 2006 (Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati nel territorio regionale)" e proposta di legge Pentassuglia "Modifiche alla l.r. n. 12/2003 (Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati nel territorio regionale. Applicazione della legge 23 agosto 1993, n. 352 e decreto del Presidente della Repubblica n. 376/1995) e alla l.r. 14/2006 (Modifica alla l.r. 12/2003)"

Presidente » 9,10
Gianfreda, *relatore* » 10
Olivieri » 10

Esame articolato

Presidente » 10,12
Ventricelli » 12

Proposta di legge Ufficio di Presidenza "Modifiche e integrazioni alla legge regionale (Ordinamento della Polizia locale)"

Presidente » 12
Brigante, *relatore* » 12

Esame articolato

Presidente » 12,13,14,15,16
Dentamaro, *assessore al Sud e al federalismo* » 13,14,15,16
Lonigro » 13
Palese » 14,15
Pellegrino » 14

Relazione dell'Assessore alla Sanità, dott. Ettore Attolini

Presidente pag. 16 e passim
Attolini, *assessore alla sanità* » 16,63,68
Palese » 24
Cassano » 24,38
Romano » 30
Surico » 34
Gianfreda » 36
Negro » 39
Pastore » 41

**PRESIDENZA DEL
VICEPRESIDENTE MANIGLIO**

Zullo » 43
Mazza » 45
Damone » 47
Laddomada » 49
Alfarano » 50,68

**PRESIDENZA DEL
VICEPRESIDENTE MARMO**

De Leonardis » 52

**PRESIDENZA DEL
PRESIDENTE INTRONA**

Marino » 53
Pentassuglia » 55
Cervellera » 57
Decaro » 59
Losappio » 61

Deliberazione Giunta regionale n. 213 del 31/01/2012 "Art. 3-bis d.lgs. 502/1992 s.m.i. - Art. 24 l.r. n. 4/2010 s.m.i. - Designazione Direttore Generale ASL FG e richiesta parere ai fini della successiva nomina. Transitoria gestione commissariale"

Presidente » 68,69
Marino, *relatore* » 68

Disegno di legge n. 11 del 05/07/2010 "Nuove norme in materia di bonifica integrale e di riordino dei Consorzi di bonifica"

Presidente » 69,70,72
Gianfreda, *relatore* » 69

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 11.27*).

(Segue inno nazionale)

Iniziamo con i doveri di ospitalità. Per il progetto “Scuole in visita” oggi sono in Aula e seguono i lavori del Consiglio le alunne e gli alunni della Scuola media “Ottavio Sere-no” di Altamura e due classi del Liceo scientifico “Epifanio Ferdinando” di Mesagne, accompagnati dagli insegnanti. La visita rientra nel programma della IX edizione del progetto “Il Consiglio regionale si fa conoscere”, a cura, come sempre, del Servizio Biblioteca e Comunicazione.

Accogliamo i nostri ragazzi con un benvenuto qui in Consiglio.

Incoraggiamento ai due fucilieri pugliesi sottoposti dalle autorità indiane a un provvedimento di fermo giudiziario per la presunta uccisione di due pescatori indiani al largo della costa di Trikunnam in Kerala

PRESIDENTE. Colleghi, in queste ore seguiamo con preoccupazione le notizie che riguardano i fucilieri del Reggimento San Marco della Marina militare trattenuti a Kochi, il barese Salvatore Girone e il tarantino Massimiliano Latorre.

La ricostruzione dell'episodio che li ha coinvolti ha chiarito ogni dubbio per chiunque, tranne che per le autorità locali. Oltre alle vittime, in questa controversia rischia di soccombere anche il diritto internazionale.

È accertato che l'intervento dei nostri marinai ha avuto luogo in acque internazionali, sulla nave battente bandiera italiana, e si è svolto secondo le regole di ingaggio fissate dalle risoluzioni ONU e dalle leggi.

L'indagine locale doveva svolgersi senza necessità di detenere i presunti colpevoli.

Ci auguriamo che la correttezza della condotta di Girone e Latorre possa risultare evidente anche ai giudici indiani e restituire quanto prima i due sottufficiali al loro servizio e ai loro affetti.

A nome dell'intera Assemblea rivolgo un affettuoso incoraggiamento ai due marò pugliesi, nell'auspicio di salutarli liberi al più presto.

Un abbraccio caloroso va esteso a tutti i militari italiani impegnati all'estero, in operazioni sotto il Tricolore, per il mantenimento della pace, la difesa della libertà di autodeterminazione dei popoli, la tutela dei traffici marittimi internazionali.

Commemorazione per la morte di tre soldati italiani, uno dei quali pugliese, in un incidente in Afghanistan avvenuto il 20 febbraio scorso

PRESIDENTE. Colleghi, intanto la missione di pace in Afghanistan ha chiesto un nuovo tributo di vite. Un incidente, questa volta, ha strappato alle famiglie e cancellato il futuro di altri tre ragazzi in divisa. Sono tre figli del Sud: Francesco Currò di Messina, di 33 anni, Paolo Messineo di Palermo, di 29 anni, e il nostro Luca Valente di Miggianno, di 28 anni.

Il Consiglio regionale della Puglia ha già espresso il profondo cordoglio per l'ennesimo tragico evento. Rinnoviamo la più sincera e umana partecipazione al dolore dei familiari e ci uniamo al ricordo struggente dei loro cari.

Invito tutti i presenti a osservare un minuto di raccoglimento.

(L'Assemblea osserva un minuto di raccoglimento)

Processo verbale

PRESIDENTE. Do lettura del processo

verbale della seduta n. 49 del 14 febbraio 2012:

Presidenza del Presidente Introna

La seduta ha inizio alle ore 11.20 con l'ascolto dell'inno nazionale.

Segue la lettura e l'approvazione del processo verbale della seduta del 24 gennaio 2012.

Hanno chiesto congedo i consiglieri Alfano, Friolo, Gentile, Greco, Lanzilotta, Marino, Minervini e Pelillo.

Viene data lettura delle interrogazioni e di una mozione presentate, di una interrogazione cui è pervenuta risposta scritta e delle assegnazioni alle Commissioni.

Il Presidente comunica l'ordine dei lavori così come deciso nella Conferenza dei Capi-gruppo.

Primo argomento in discussione è la relazione dell'assessore alla protezione civile, Fabio Amati, sulle "avversità atmosferiche" in Puglia. Il Presidente comunica che l'assessore nella sua relazione tratterà anche della "Richiesta stato di emergenza per eventi meteo" di cui all'ordine del giorno del 14.06.2011 a firma dei consiglieri Boccardi, Bellomo, Palese, Gatta ed altri, iscritto al punto 7) dell'o.d.g.. L'assessore Amati svolge la relazione. Intervengono i consiglieri Bellomo, *Laddomada*, *Damone*, *De Leonardis*, *Palese* e *Lonigro*. Segue la replica dell'assessore Amati.

Secondo argomento in discussione è la proposta di legge di iniziativa popolare "Norme per la sicurezza, la qualità e il benessere sul lavoro" (Iscritta all'ordine del giorno ai sensi dell'art. 9 della l.r. 16 aprile 1973, n. 9). Il Presidente comunica che la proposta di legge è rinviata in Commissione per una verifica di costituzionalità da parte dell'Ufficio legislativo del Consiglio.

Terzo argomento in discussione è l'ordine del giorno del 13.02.2012 a firma dei consiglieri Gatta, Ognissanti "Attività di pesca in Puglia" che, posto ai voti, è approvato

all'unanimità (risultano assenti i Gruppi MeP, I Pugliesi e i consiglieri Mazzarano, Pastore e Pellegrino).

Quarto argomento in discussione è l'ordine del giorno del 13.02.2012 a firma del consigliere Maniglio "Bollette AQP, case popolari Lecce" che, posto ai voti, è approvato all'unanimità (risultano assenti i Gruppi MeP, I Pugliesi e i consiglieri Mazzarano, Pastore e Pellegrino).

Quinto argomento in discussione è l'ordine del giorno del 30.11.2011 "Inclusione della Valle d'Itria nel patrimonio mondiale dell'UNESCO" che, posto ai voti, è approvato all'unanimità (risultano assenti i Gruppi MeP, I Pugliesi e i consiglieri Mazzarano, Pastore e Pellegrino).

Sesto argomento in discussione è il disegno di legge n. 49 del 29.12.2011 "Collegio dei Sindaci degli Istituti autonomi case popolari". Il consigliere Pentassuglia, Presidente della V Commissione, svolge la relazione. Nella discussione generale intervengono i consiglieri Palese, Di Gioia, l'assessore Barbanente e il consigliere Cassano. Si passa all'esame dell'articolo unico. Su richiesta dell'assessore Barbanente, il Presidente sospende la seduta per un approfondimento a seguito degli emendamenti presentati. *La seduta, sospesa alle 12.58, riprende alle ore 13.15*. L'assessore Barbanente, a fronte di alcune osservazioni di carattere tecnico-giuridico, propone di riportare il testo di legge in Commissione per un approfondimento. Al termine rimane stabilito di rinviare il provvedimento in Commissione per essere sottoposto al parere dell'Ufficio legislativo del Consiglio e ad una verifica di costituzionalità.

Settimo argomento in discussione è la proposta di legge a firma dei consiglieri Negro e Longo "Modifiche all'art. 5 della l.r. n. 14 del 30.07.2009". La relazione del Presidente della V Commissione, consigliere Pentassuglia, viene data per letta. Si registra l'intervento del consigliere Negro e dell'assessore Barbanente.

Il Consiglio procede all'esame dell'articolo unico che, posto ai voti mediante procedimento elettronico, è approvato all'unanimità, come da scheda n. 1, allegata al presente verbale e di esso facente parte integrante. Il consigliere Negro chiede che la legge venga dichiarata urgente. La richiesta, posta in votazione, è approvata all'unanimità.

Il consigliere Epifani chiede di trattare l'ordine del giorno di cui al punto 13) dell'o.d.g.. Il Presidente ricorda che in Conferenza dei Capigruppo la richiesta non è stata accolta, pertanto l'ordine del giorno sarà discusso nella prossima seduta consiliare prevista per il giorno 22 p.v..

Il Presidente dichiara tolta la seduta.

Il Consiglio sarà convocato a domicilio.

La seduta termina alle ore 13.29.

Non essendovi osservazioni, il processo verbale si intende approvato.

Congedi

PRESIDENTE. Hanno chiesto congedo i consiglieri Boccardi e Di Gioia.

Non essendovi osservazioni, i congedi si intendono concessi.

Risposte scritte alle interrogazioni

PRESIDENTE. È pervenuta risposta scritta alle seguenti interrogazioni:

– Barba: “Riapertura del reparto di rianimazione del nosocomio di Gallipoli”;

– Barba: “Uniformità dell'offerta sanitaria sul territorio pugliese e, in particolare, su quello Salentino”;

– Buccoliero: “Centro Donatori midollo osseo c/o P.O. Vito Fazzi di Lecce. Interruzione sedute reclutamento per carenza di personale. Provvedimenti”;

– Marmo: “Avviso di pubblica selezione per il conferimento dell'incarico di Dirigente

Amministrativo per il Coordinamento del Centro regionale di screening”.

Assegnazioni alle Commissioni

PRESIDENTE. Sono state effettuate le seguenti assegnazioni:

Commissione III

Proposta di legge a firma dei consiglieri Marino, Blasi, Decaro, Mennea, Romano, Pentassuglia, Maniglio, Epifani, Ognissanti, Loizzo, De Gennaro, Caracciolo e Mazzarano “Modifica comma 9, articolo 14, legge regionale 12/2005”.

Commissione IV

Richiesta parere deliberazione della Giunta regionale n. 219 del 07/02/2012 “Modifiche al regolamento regionale 29 dicembre 2010, n. 22 ‘Modifiche al reg. reg. 30 dicembre 2009, n. 36 Regolamento dei regimi di aiuto in esenzione per le imprese turistiche’” e regolamento regionale 13 febbraio 2012, n. 3 pubblicato sul BURP 17 febbraio 2012, n. 25.

Commissione I (per conoscenza)

ai sensi dell'art. 13, comma 2, della l.r. 20/2010

Deliberazione della Giunta regionale n. 299 del 20/02/2012 “Cont. n. 485/11/LO – Riconoscimento ex post patrocinio legale a favore di ex Amministratore regionale in giudizio di responsabilità penale – Rimborso oneri di patrocinio – Riconoscimento del debito – Variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 300 del 20/02/2012 “Cont. n. 1335/11/FR – Commissione Tributaria Provinciale di Bari – Regione Puglia c/ Comune di P. – Liquidazione acconto in favore del legale esterno, avv. Paolo Marra, difensore Regione – Riconoscimento del debito – Variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 301 del 20/02/2012 “Contt. nn. 1455, 1467 e

1468/11/SH – TAR Lazio – Ricorso Italia Nostra Onlus, Comune di Rutigliano e Vill. Turist. Sport. San Giorgio s.r.l. c/ Comm. Del. Emerg. Ambient. in Puglia, Minist. per i beni e le attività culturali, AQP s.p.a. e Regione Puglia – Liquidazione acconto in favore del legale esterno, avv. Pierluigi Balducci, difensore Regione – Riconoscimento del debito – Variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 302 del 20/02/2012 “Cont. n. 5841/01/L – Corte d’Appello di Bari – Disanto Pasquale c/ R.P. – Appello sent. n. 79/06 Trib. Bari Sez. distaccata di Altamura – Competenze professionali avv. Enrico Del Monaco, difensore Regione. Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione di bilancio – Riproposizione”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 303 del 20/02/2012 “Cont. n. 4/09/L – Corte Costituzionale – Presidente Consiglio dei Ministri c/ R.P. – Impugnazione l.r. 31/2008 – Competenze professionali prof. avv. Beniamino Caravita di Toritto (Studio associato), difensore Regione. Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione di bilancio – Riproposizione”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 304 del 20/02/2012 “Cont. n. 1342/09/L – TAR Lecce – Comune di Maglie c/ Presidente p.t. della Regione Puglia. Illegittimità del silenzio inadempimento. Competenze professionali avv. Antonio Capoccia. Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio – Riproposizione”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 305 del 20/02/2012 “Cont. n. 3342/04/FR – TAR Bari – Coop.va Paolo Cappello c/ Regione Puglia. Competenze professionali avv. Giuseppe Napoli. Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio – Riproposizione”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 306 del 20/02/2012 “Cont. n. 92/97/N – Consiglio di Stato – Curatela Fallimento soc. Savino Pastore e altri c/ Regione Puglia, competenze professionali avv. Giovanni Pellegrino

(Studio associato), difensore Regione. Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione al bilancio 2012”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 307 del 20/02/2012 “Cont. n. 1907/05/GR – Corte di Cassazione – Fasano Franco c/ Regione Puglia, competenze professionali avv. Giovanni Pellegrino (Studio associato), difensore Regione. Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione al bilancio 2012”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 308 del 20/02/2012 “Cont. n. 7020/01/DL (D.I. 1404/11/DL) – TAR Puglia Lecce – Miccoli Carlo + 50 c/ Regione Puglia, competenze professionali avv. Pietro Quinto difensore Regione. Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione al bilancio 2012”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 309 del 20/02/2012 “Cont. n. 67/99/CO-GI (D.I. 1890/11/GI) – Corte Appello Bari – Cornacchia Maria Teresa c/ Gestione Liquidatoria ex USL BA/1 e Regione Puglia, competenze professionali avv. Giuseppe Colapietro difensore Regione. Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione al bilancio 2012”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 310 del 20/02/2012 “Cont. n. 1764/11/SH – Avv. Alfredo Cacciapaglia c/ R. P. (collegato al cont. 30/88 Reg. R. – TAR Lecce – Lariccia Bruno c/ R.P.) – Competenze professionali avv. Alfredo Cacciapaglia, difensore Regione, a seguito D.I. n. 179/11 Giudice di pace di Gallipoli – Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 311 del 20/02/2012 “Cont. 770/11/DL – Regione Puglia c/ I. s.p.a. – Liquidazione acconto in favore del legale esterno, avv. Mario Spinelli, difensore Regione. Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 312 del 20/02/2012 “Cont. n. 637/09/DL – Sigg. T. M. e V. A. c/ Regione Puglia. Appello avverso sentenza TAR Bari n. 2241/10. Competenze professionali avv. Matassa Nino. Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 315 del 20/02/2012 “Cont. n. 997/04/GA – Corte d’Appello di Lecce – Sez. lavoro. Destino Francesco c/ Regione Puglia. Appello avverso sent. n. 1889/10 del tribunale di Brindisi – Sez. lavoro. Competenze professionali avv. Michele Iaia. Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 316 del 20/02/2012 “Contenziosi diversi. Compensi professionali spettanti agli avvocati dell’avvocatura regionale Girone Lucrezia e Loffredo Antonella. Regolamento regionale n. 2/2010, art. 11, commi 3 e 4. Riconoscimento del debito fuori bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 323 del 20/02/2012 “Cont. 492/07/FR – Tribunale superiore delle Acque pubbliche – Roma – Appello sent. 18/2011. Tribunale regionale Acque pubbliche c/ Corte di Appello Napoli – C.di F. c/ Regione Puglia. Costituzione e appello incidentale. Ratifica incarico difensivo all’avv. Pierluigi Balducci, legale esterno. Revoca DGR n. 2835 del 20/12/2011. Riconoscimento del debito fuori bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 314 del 20/02/2012 “Cont. n. 3075/03/GA – Corte d’appello di Bari – Sez. lavoro. Regione Puglia c/ Piscardi Domenico. Appello avverso sent. n. 8917/11 del tribunale di Bari – Sez. lavoro. Competenze professionali prof. avv. Antonio de Feo. Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio”.

Commissione I

(ai sensi dell’art. 12, comma 2, della l.r. 39/2011)

Deliberazione della Giunta regionale n. 313 del 20/02/2012 “Cont. n. 309/09/CA – TAR Bari. XXX c/ Regione Puglia. Competenze professionali avv. Andrea Gissi. Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 317 del 20/02/2012 “Dipendente avv. Lucrezia Girone – Compensi professionali relativi a giudizi conclusi anteriormente al 27.06.2006

– Seguito DGR n. 479/2011. Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 318 del 20/02/2012 “Cont. 2002/04/GA (D.I. 95/12/GA) – Tribunale di Brindisi Panzuti Stefania c/ Regione Puglia. Competenze professionali avv. Giovanna Corrado, difensore Regione. Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione al bilancio 2012”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 319 del 20/02/2012 “Cont. 3830/98/CO – Tribunale di Bari. Regione Puglia c/ Casa di cura ‘San Giovanni’ (Duo Salus srl). Competenze professionali dott. Gianluca Orlandi, CTP. Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione al bilancio 2012”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 320 del 20/02/2012 “Cont. 498/08/L collegato contenzioso 293/97/C – Collegio arbitrale e Corte d’appello di Bari. Ospedale gen. Reg.le ‘Miulli’ c/ Regione Puglia. Competenze professionali avv. Enrico Perchinunno (Studio Associato). Riconoscimento del debito fuori bilancio e variazione al bilancio 2012”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 321 del 20/02/2012 “Cont. n. 1645/11/GI (coll. cont. n. 1624/2000/CO). Avv. Giuseppe Colapietro c/ Regione Puglia. Competenze professionali a seguito D.I. n. 2531/11, giudice di pace di Bari. Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio”;

Deliberazione della Giunta regionale n. 322 del 20/02/2012 “Cont. n. 1340/11/TO (coll. cont. n. 1333/94/TO). Eredi avv. Raffaele Lombardi c/ Regione Puglia. Competenze professionali a seguito D.I. e atto di precetto. Riconoscimento del debito. Variazione di bilancio”.

Interrogazioni e mozione presentate

PRESIDENTE. Sono state presentate le seguenti

interrogazioni:

– Mazza (*con richiesta di risposta scritta*): “Misure di messa in sicurezza per la tutela del diritto alla salute della popolazione di Taranto”;

– Marmo (*con richiesta di risposta scritta*): “Pagamento bollette all’Acquedotto Pugliese”;

– Marmo (*con richiesta di risposta scritta*): “Avviso di pubblica selezione per il conferimento dell’incarico di Dirigente Amministrativo per il “Coordinamento del Centro regionale di screening”;

– Maniglio (*con richiesta di risposta scritta*): “Porto Miggiano”;

– Lospinuso (*con richiesta di risposta scritta*): “Pagamenti forniture ospedaliere”;

– Marmo (*con richiesta di risposta scritta*): “Situazione dei servizi veterinari della Regione Puglia”;

e la seguente

mozione:

– Damone: “Realizzazione della diga di Piano dei Limiti”.

Ordine del giorno

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

1) Proposta di legge Ventricelli, Losappio, Disabato, Brigante, Cervellera, Laddomada, Lonigro, Matarrelli, Nuzziello, Sannicandro “Modifica all’art. 3 della L.R. n.14 del 15 maggio 2006 (Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati nel territorio regionale)” e proposta di legge Pentassuglia “Modifiche alla l.r. n. 12/2003 (Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati nel territorio regionale. Applicazione della legge 23 agosto 1993, n. 352 e decreto del Presidente della Repubblica n. 376/1995) e alla l.r.

14/2006 (Modifica alla l.r. 12/2003)” (*rel. cons. Gianfreda*);

2) Disegno di legge n. 11 del 05/07/2010 “Nuove norme in materia di bonifica integrale e di riordino dei Consorzi di bonifica” (*rel. cons. Gianfreda*);

3) Relazione dell’Assessore alla Sanità, dott. Ettore Attolini;

4) Proposta di legge Ufficio di Presidenza “Modifiche e integrazioni alla legge regionale (Ordinamento della Polizia locale)” (*rel. cons. Brigante*);

5) Ordine del giorno Palese, Caroppo A., Marti, Congedo, Vadrucci, Barba, Damone del 04/02/2011 “Risorse economiche per il funzionamento PET-TC nella provincia di Lecce”;

6) Mozione Palese, Damone, Bellomo del 15/04/2011 “Finanziamento delle scuole dell’infanzia paritarie”;

7) Ordine del giorno Maniglio, Palese del 20/04/2011 “Assunzioni nel Servizio di oncoematologia del ‘Fazzi’ di Lecce”;

8) Ordine del giorno Pentassuglia, Gatta del 15/06/2011 “Stagione venatoria”;

9) Mozione Gatta del 20/06/2011 “Servizio di cabotaggio marittimo sull’itinerario Isole Tremiti, Rodi Garganico, Manfredonia”;

10) Ordine del giorno Zullo del 27/06/2011 “Norme in materia di incandidabilità”;

11) Mozione Damone, Palese, Bellomo del 23/01/2012 “Protesta autotrasportatori”;

12) Ordine del giorno Epifani del 23/01/2012 “Concessione spazi demaniali”;

13) Mozione Pellegrino, Pastore del 24/01/2012 “Contestazione del tricolore messa in atto dalla Lega Nord a Milano”;

14) Ordine del giorno Gatta del 31/01/2012 “10 febbraio ‘Giornata del Ricordo’ in memoria delle vittime delle foibe, dell’esodo giuliano-dalmata e delle vicende del confine orientale”;

15) Ordine del giorno Maniglio del 13/02/2012 “Proroga dell’assistenza domiciliare ai malati oncologici”;

16) Ordine del giorno Negro, Pellegrino,

Palese, Disabato, Bellomo, Damone, Losappio, Buccoliero del 13/02/2012 “Modifica al d.lgs. n. 110/2004”;

17) Ordine del giorno Laddomada, Cervellera, Pentassuglia, Lospinuso, Sala del 15/02/2012 “Reintegro dei medici dell’ASL di Taranto nelle strutture sanitarie”;

18) Interrogazioni e interpellanze urgenti;

19) Interrogazioni e interpellanze.

20) Proposta di legge Blasi, Romano “Titolarità sedi farmacie rurali”) (*iscritta ai sensi dell’art. 17 del Regolamento interno del Consiglio*);

21) DDL n. 45/2011 “Modifica della legge regionale 25/11/1976, n. 24 (Provvidenze terapeutiche domiciliari a favore dell’emofilico)” (*rel. cons. Marino*);

22) Deliberazione Giunta regionale n. 213 del 31/01/2012 “Art. 3 bis d.lgs. 502/1992 s.m.i. – Art. 24 l.r. n. 4/2010 s.m.i. – Designazione Direttore Generale ASL FG e richiesta parere ai fini della successiva nomina. Transitoria gestione commissariale” (*rel. cons. Marino*).

Sull’ordine dei lavori

PRESIDENTE. Informo i colleghi che nella Conferenza dei Presidenti si è stabilito di procedere ai lavori di oggi e domani secondo il seguente ordine.

Sarà chiamata per prima la proposta di legge Ventricelli, Losappio ed altri “Modifica all’art. 3 della L.R. n.14 del 15 maggio 2006 (Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati nel territorio regionale)” (punto n.1).

Si procederà, quindi, con l’esame del punto n. 4) “Proposta di legge Ufficio di Presidenza ‘Modifiche e integrazioni alla legge regionale (Ordinamento della Polizia locale)’”.

Daremo quindi la parola all’assessore alla sanità Ettore Attolini perché svolga una relazione sul Piano di rientro e si procederà infine alla lettura della relazione del punto 2) “Disegno di legge n. 11 del 05/07/2010 ‘Nuove

norme in materia di bonifica integrale e di riordino dei Consorzi di bonifica’”.

I lavori del Consiglio andranno avanti senza interruzione sino alla conclusione della lettura della relazione sui Consorzi di bonifica e, comunque, sino alle ore 17. Riprenderanno domani mattina alle ore 10,30 e si completeranno, senza interruzione, con l’approvazione del punto n. 2) relativo ai Consorzi di bonifica.

Richiamo l’attenzione di tutti i Gruppi e di tutti i consiglieri regionali sulla circostanza che gli emendamenti al disegno di legge sui Consorzi di bonifica devono essere espressamente riferiti al riordino; eventuali emendamenti di natura finanziaria saranno ritenuti inammissibili da parte dell’Ufficio di Presidenza.

I tempi per il dibattito sia sulla relazione dell’assessore Attolini, sia sulla legge di riordino dei Consorzi di bonifica sono così disciplinati: 10 minuti, con tolleranza fino a 15, per i Capigruppo; 5 minuti per gli ulteriori interventi dei componenti dei Gruppi.

Proposta di legge Ventricelli, Losappio, Disabato, Brigante, Cervellera, Laddomada, Lonigro, Matarrelli, Nuzziello, Sannicandro “Modifica all’art. 3 della L.R. n.14 del 15 maggio 2006 (Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati nel territorio regionale)” e proposta di legge Pentassuglia “Modifiche alla l.r. n. 12/2003 (Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati nel territorio regionale. Applicazione della legge 23 agosto 1993, n. 352 e decreto del Presidente della Repubblica n. 376/1995) e alla l.r. 14/2006 (Modifica alla l.r. 12/2003)”

PRESIDENTE. L’ordine del giorno, al punto n. 1), reca: «Proposta di legge Ventricelli, Losappio, Disabato, Brigante, Cervellera, Laddomada, Lonigro, Matarrelli, Nuzziello, Sannicandro “Modifica all’art. 3 della L.R.

n.14 del 15 maggio 2006 (Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati nel territorio regionale)” e proposta di legge Pentassuglia “Modifiche alla l.r. n. 12/2003 (Disciplina della raccolta e commercializzazione dei funghi epigei freschi e conservati nel territorio regionale. Applicazione della legge 23 agosto 1993, n. 352 e decreto del Presidente della Repubblica n. 376/1995) e alla l.r. 14/2006 (Modifica alla l.r. 12/2003)”».

Ha facoltà di parlare il relatore.

GIANFREDA, *relatore*. Signor Presidente, signori consiglieri, la presente proposta di legge scaturisce da due distinte iniziative presentate dai colleghi Ventricelli ed altri e dai colleghi Pentassuglia e Iurlaro, ed esaminate dalla Commissione da me presieduta come testo coordinato.

In particolare, è stato emendato l'articolo 3 della l.r. 12/2003 così come modificato dalla l.r. 14/2006, sostituendo il comma 1 sul rilascio del permesso che abilita alla raccolta dei funghi su tutto il territorio della regione ed è rilasciato a raccoglitori professionali ed occasionali previa frequentazione di un corso, con superamento di prove finali, promosso e organizzato da Comuni o da associazioni micologiche di rilevanza nazionale e regionale con un programma del corso approvato dal Centro di controllo micologico della A.S.L. competente per territorio. Tale permesso sarà rinnovato ogni tre anni.

Al comma 3 è apportata una modifica riguardante il permesso turistico per raccoglitori occasionali, riservato ai non residenti, che consente la raccolta di non più di tre chili di funghi complessivi giornalieri, valido per una durata massima di 15 giorni.

La IV Commissione consiliare nella seduta del 13 febbraio 2012 ha approvato all'unanimità la suddetta proposta che si sottopone all'esame di questo autorevole Consiglio regionale.

PRESIDENTE. Chiedendo scusa per l'invo-

lontaria distrazione, devo pregare il collega Olivieri, che me lo aveva chiesto, di prendere la parola per una dichiarazione a titolo personale.

OLIVIERI. Signor Presidente, faccio questa dichiarazione appunto a titolo personale, non come Gruppo Moderati e popolari, ma come consigliere regionale Olivieri. Voglio ribadire che sono stato eletto nel centrosinistra e, a scanso di equivoci, voglio confermare il mio pieno appoggio a questa maggioranza legislativa e a questo Governo regionale presieduto da Nichi Vendola.

È una comunicazione che sento il dovere di fare poiché questo è un momento delicato per il Paese e, secondo me, anche per la Regione; un momento in cui sia il Paese sia la Regione hanno bisogno di maggioranze stabili. Con il mio contributo, quindi, spero che questa maggioranza sia ancora più stabile di quanto poteva esserlo due minuti fa. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Prendiamo atto e la ringraziamo per la chiarezza che ha voluto qui manifestare.

Esame articolato

PRESIDENTE. Non essendovi consiglieri iscritti a parlare nella discussione generale, passiamo all'esame dell'articolato.

Do lettura dell'articolo 1:

art. 1

1. All'art. 3 della l.r. 12/2003 così come modificato dalla l.r. 14/2006 sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

a) il comma 1 è sostituito dal seguente:

“1. La raccolta dei funghi epigei spontanei è subordinata al rilascio, da parte dei Comuni, di apposito permesso nominativo regionale, il cui modello è approvato con decreto dell'Assessore regionale alle risorse agroalimentari. Il rilascio del permesso abilita alla raccolta su tutto il territorio della Regione ed

è rilasciato ai raccoglitori professionali ed occasionali che hanno frequentato e superato appositi corsi di formazione, della durata minima di dodici ore, di cui almeno un terzo costituito da lezioni pratiche, con superamento di prove finali, tenuti o diretti con l'ausilio di un micologo e promossi e organizzati dai Comuni, dalle Associazioni micologiche, aventi rilevanza nazionale o regionale e sedi operanti nel territorio regionale. Il programma dei corsi è approvato dal Centro di Controllo Micologico della A.S.L. competente per territorio. Il permesso è altresì rilasciato ai possessori dell'attestato di micologo ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità, 29 novembre 1996, n. 686 (Regolamento concernente criteri e modalità per il rilascio dell'attestato di micologo). Il permesso va rinnovato ogni tre anni previo corso di aggiornamento relativamente agli aspetti normativi e tossicologici. Gli iscritti alle Associazioni Micologiche di rilevanza nazionale possono essere esonerati dalla frequenza del corso di aggiornamento. Le Associazioni comunicano al Centro di Controllo Micologico competente per territorio l'elenco dei Soci che intendono avvalersi di questa facoltà. Il responsabile del Centro di Controllo Micologico competente rinnova, per una sola volta, l'attestato di idoneità scaduto."

b) al comma 3 dopo la lett. b) è aggiunta la seguente lettera:

"b bis) permesso turistico per raccoglitori occasionali, riservato ai non residenti in possesso dei requisiti di cui al comma 1 dell'art. 3 (o analogo attestato della regione di residenza), del costo di euro 25,00 che consente la raccolta di non più di tre chilogrammi complessivi giornalieri. Detto permesso ha durata massima di quindici giorni e può essere richiesto presso qualsiasi comune della regione;"

2. Nella tabella A della l.r. 12/2003, aggiunta dalla l.r. 14/2006, la lettera f) del punto 1 è sostituita dalla seguente: " f) educazione ambientale ed alla raccolta;"

A questo articolo è stato presentato un emendamento a firma dei consiglieri Ventricelli, Lonigro, Palese ed altri, del quale do lettura: «All'art. 1, dopo la parola "nazionale" sopprimere la parola "o" e aggiungere "regionale e territoriale". Dopo le parole "alle associazioni micologiche di rilevanza nazionale" aggiungere "regionale e territoriale"».

Il Governo esprime parere favorevole.

Lo pongo ai voti.

È approvato.

Pongo ai voti l'articolo 1, nel testo emendato.

È approvato.

Do lettura dell'articolo 2:

art. 2

1. La presente legge non comporta oneri finanziari a carico del bilancio regionale.

Lo pongo ai voti.

È approvato.

Indico la votazione mediante procedimento elettronico della proposta di legge nel suo complesso.

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:

Alfarano, Amati,
Barba, Bellomo, Brigante, Buccoliero,
Camporeale, Caroppo, Cassano, Cervellera, Chiarelli,
Damone, De Biasi, Decaro, Disabato,
Friolo,
Gianfreda,
Introna, Iurlaro,
Laddomada, Longo, Lonigro, Losappio,
Lospinuso,
Maniglio, Marmo, Marti, Mazza,
Negro,

Olivieri,
Palese, Pastore, Pellegrino, Pentassuglia,
Romano,
Sala, Sannicandro, Stefáno, Surico,
Vadrucci, Ventricelli,
Zullo.

PRESIDENTE. Comunico il risultato della votazione:

Consiglieri presenti	42
Consiglieri votanti	42
Hanno votato «sì»	42

La proposta di legge è approvata.

VENTRICELLI. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

VENTRICELLI. Signor Presidente, chiedo che il provvedimento sia dichiarato urgente.

PRESIDENTE. Pongo ai voti la procedura d'urgenza.

È approvata.

**Proposta di legge Ufficio di Presidenza
“Modifiche e integrazioni alla legge regionale
(Ordinamento della Polizia locale)”**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno, al punto n. 4), reca: «Proposta di legge Ufficio di Presidenza “Modifiche e integrazioni alla legge regionale (Ordinamento della Polizia locale)”».

Ha facoltà di parlare il relatore.

BRIGANTE, *relatore*. Signor Presidente, colleghi consiglieri, a causa di un errore materiale, il testo della legge recante “Ordinamento della Polizia locale”, trasmesso dalla II Commissione al Consiglio per l'esame e l'approvazione dell'Aula, è risultato privo di alcune modifiche introdotte, con voto unanime, nel corso della discussione nella predetta

Commissione. Si pone pertanto l'esigenza di apportare al testo approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 66 del 5 dicembre 2011 le modifiche effettivamente introdotte all'unanimità dalla Commissione a seguito di approfondimento e condiviso esame.

La presente proposta di legge è stata approvata, così come emendata, all'unanimità dei voti nel suo complesso, è composta da un unico articolo e viene ora sottoposta alla valutazione dell'Aula per l'approvazione definitiva.

Esame articolato

PRESIDENTE. Non essendovi consiglieri iscritti a parlare nella discussione generale, passiamo all'esame dell'articolato.

Do lettura dell'articolo 1:

art. 1

1. Alla legge regionale 14 dicembre 2011, n. 37 (Ordinamento della polizia locale) sono apportate le seguenti modifiche e integrazioni:

a) alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 3 (Funzioni della Provincia) dopo le parole “all'articolo 5, lettere e), f)” è aggiunta la seguente “g);

b) alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 4 (Funzioni del Comune), dopo le parole: “con il concorso del volontariato” sono aggiunte le seguenti “per l'attuazione delle politiche sociali, educative, ambientali e territoriali” e dopo le parole “nuove modalità di intervento” le parole “nelle periferie e” sono soppresse;

c) al comma 1 dell'art. 5, dopo le parole “violano le leggi”, sostituire le parole “o i regolamenti” con le parole”, i regolamenti e le ordinanze”.

d) al comma 7 dell'art. 5, dopo le parole “come previsti dalla presente legge” è soppresso l'ultimo periodo.

e) al comma 1 dell'articolo 10 (Comunicazione esterna dell'attività della polizia locale), la parola “istruttorio” è sostituita dalle se-

guenti “investigativo e della normativa sulla privacy”;

f) al comma 4 dell’articolo 11 (Personale dei corpi e dei servizi di polizia locale), le parole “nei confronti di personale proveniente dall’area di vigilanza – polizia locale” sono sostituite dalle seguenti “in conformità alle modalità di cui alla lett. d) del comma 3 dell’articolo 6”;

g) al comma 5 dell’articolo 11 le parole “norme contenute nella presente legge e nei regolamenti attuativi” sono sostituite dalle seguenti “vigenti disposizioni legislative, regolamentari e contrattuali”;

h) alla lettera d) del comma 1 dell’articolo 19 (Commissione tecnico-consultiva per la polizia locale), le parole “tre comandanti, in rappresentanza “ sono sostituite dalle seguenti “due rappresentanti”;

i) dopo il comma 2 dell’articolo 24 (Disposizioni transitorie) è inserito il seguente: “2 bis. Le disposizioni della presente legge e dei regolamenti attuativi si applicano, comunque, anche in mancanza di adeguamento”.

Lo pongo ai voti.

È approvato.

È stato presentato un emendamento aggiuntivo di articolo a firma dei consiglieri Decaro ed altri, del quale do lettura: «All’art. 24 della l.r. 16 dicembre 2011, il comma 3 è così sostituito: “La commissione tecnico-consultiva di cui all’articolo 19 è insediata entro il 30 giugno 2012.”».

Ha facoltà di parlare l’assessore Dentamaro.

DENTAMARO, *assessore al Sud e al federalismo*. Nella formulazione bisogna aggiungere il numero della legge, indicata solo con la data: n. 37.

PRESIDENTE. Con questa integrazione, pongo ai voti l’emendamento.

È approvato.

È stato presentato un emendamento ag-

giuntivo di articolo a firma del consigliere Lonigro, del quale do lettura: «All’art. 11 comma 3 della L.r. n. 37 del 14/12/2011 togliere la parola “esclusivamente” e dopo la parola “locale” aggiungere “e delle forze dell’ordine di pari grado”.

Ha facoltà di intervenire l’assessore Dentamaro.

DENTAMARO, *assessore al Sud e al federalismo*. Signor Presidente, il parere del Governo è contrario perché questa norma, come tutta la legge n. 37, è frutto di un percorso condiviso e di mediazioni a 360 gradi.

Sono stati raggiunti equilibri delicati; il percorso è stato condiviso – lo ricordo benché sia fatto noto – con l’ANCI, l’UPI, i sindacati e le associazioni sia di comandanti e ufficiali, sia dei vigili urbani, quindi con tutte le categorie interessate.

Oggi la legge torna in Aula esclusivamente per correzioni tecniche di un errore materiale. Eviterei di apportare modifiche che, sia pure per parti limitate, mettano in discussione quegli equilibri.

LONIGRO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

LONIGRO. Signor Presidente, non voglio entrare nel merito della motivazione e delle argomentazioni dell’assessore, ma specifico che ho solo posto un problema. Fermo restando che la decisione è in capo ai Sindaci, laddove essi devono nominare i comandanti delle Polizie locali e occuparsi delle domande di mobilità, trattandosi di un ruolo importante, sicuramente essi possono chiamare per mobilità una persona che fa il comandante di Polizia locale in un’altra città. Penso, però, che un Sindaco possa anche scegliere di chiamare un rappresentante delle Forze dell’ordine che abbia lo stesso grado, ovviamente, il quale immagino sia esperto di polizia locale e oltre.

In definitiva, la responsabilità di accettare

per mobilità il comandante è in capo al Sindaco. Se a causa delle intese raggiunte la norma è molto chiusa, penso che si violino anche alcuni diritti. Se un domani viene bandito un concorso per coprire un posto vacante di comandante dei vigili urbani, quali sarebbero i requisiti necessari? Chi potrebbe partecipare?

Non voglio entrare nel merito della questione. Se il mio emendamento può rappresentare un problema per il Governo regionale, pur non essendo d'accordo, lo posso ritirare, ma credo che non stiamo rendendo un buon servizio dal punto di vista legislativo.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare l'assessore Dentamaro.

DENTAMARO, *assessore al Sud e al federalismo*. Signor Presidente, intervengo solo per precisare che soltanto la mobilità è limitata al personale proveniente dall'area di vigilanza. I requisiti per accedere al concorso sono apertissimi.

Comunque, signor Presidente, il Consiglio è sovrano. Mi rendo anche conto dell'argomento del consigliere Lonigro...

PRESIDENTE. Quindi lei non pone un veto.

DENTAMARO, *assessore al Sud e al federalismo*. No, mi rimetto al Consiglio.

PALESE. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PALESE. Signor Presidente, sono completamente d'accordo, dal punto di vista procedurale e con riferimento alle intese, con l'assessore Dentamaro. La materia cui si riferisce la riflessione del consigliere Lonigro è molto complessa, atteso che ci sono norme dello Stato, valide per tutte le pubbliche amministrazioni, che regolamentano il processo di mobilità, non solo tra le medesime ammini-

strazioni e il medesimo comparto, ma anche tra amministrazioni pubbliche diverse.

Insomma, si tratta di un argomento che esula dalla discussione rispetto a quelle che erano state le intese. Pertanto, confermiamo la contrarietà all'emendamento, non nel merito, ma *in primis* rispetto alle procedure e alle intese che erano state raggiunte.

PELLEGRINO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PELLEGRINO. Intervengo per ribadire la mia difficoltà a capire perché non si voglia accettare l'emendamento del collega Lonigro. Se vi sono nella pubblica amministrazione soggetti che hanno caratteristiche adeguate di formazione e preparazione, non vedo perché non favorire il passaggio.

Questo atteggiamento è figlio di una cultura che definirei quasi corporativa. Io vorrei, invece, che la pubblica amministrazione si aprisse, fosse più morbida all'apporto di esperienze e di professionalità che vengono da altri settori e che potrebbero arricchire il corpo della Polizia locale.

PRESIDENTE. Pongo ai voti l'emendamento. È approvato.

PALESE. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PALESE. Signor Presidente, noi non abbiamo detto che eravamo contrari, ma che avremmo voluto considerarlo con calma. Noi raggiungiamo le intese, ma all'ultimo secondo...

PRESIDENTE. Consigliere Palese, ho messo in votazione l'emendamento dopo aver dato la parola ai colleghi. L'argomento è chiuso.

È stato presentato un emendamento aggiuntivo di articolo a firma del consigliere

Lonigro, del quale do lettura: «Abrogare l'art. 17 della L.r. n. 37 del 14/12/2011».

Ha facoltà di parlare l'assessore Dentamaro.

DENTAMARO, *assessore al Sud e al federalismo*. Esprimo parere favorevole. Poiché sono emersi seri dubbi di costituzionalità, è meglio abrogare l'articolo. Consideriamola una correzione tecnica di cui mi assumo la responsabilità.

PALESE. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PALESE. Chiedo conferma: l'assessore esprime parere favorevole?

PRESIDENTE. Sì, perché ci sono dubbi di costituzionalità.

PALESE. Va bene.

PRESIDENTE. Pongo ai voti l'emendamento. È approvato.

È stato presentato un emendamento aggiuntivo di articolo a firma del consigliere Pentassuglia, del quale do lettura: «Alla lettera "g)" del secondo comma dell'art. 5 (Funzioni e compiti dei corpi e dei servizi di polizia locale) si aggiunge il seguente testo: "g) ...omissis... intendendo per territorio di competenza l'intera rete stradale ricadente nel territorio "provinciale" per la polizia provinciale e "comunale" per la polizia municipale, indipendentemente dalla sua classificazione"».

Ha facoltà di parlare l'assessore Dentamaro.

DENTAMARO, *assessore al Sud e al federalismo*. L'emendamento chiarisce che il territorio di competenza della Polizia provinciale – quindi il territorio sul quale essa può intervenire controllando, reprimendo illeciti e

irrogando sanzioni – coincide con l'intero territorio della provincia e non con le sole strade provinciali. Quindi, la Polizia provinciale può elevare contravvenzioni anche sulle strade comunali. Anche questo possiamo considerarlo un chiarimento tecnico, quindi è approvabile. Al netto delle problematiche generali che riguardano la sopravvivenza delle Province, allo stato l'emendamento ha ancora un senso e può dirimere problemi applicativi che in effetti esistono.

Il parere è favorevole.

PRESIDENTE. Pongo ai voti l'emendamento. È approvato.

Indico la votazione, mediante procedimento elettronico, della proposta di legge nel suo complesso.

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,
Brigante,
Canonico, Caroppo, Cervellera,
Disabato,
Gianfreda,
Introna,
Laddomada, Longo, Lonigro, Losappio,
Mazza, Mazzarano, Mennea,
Negro,
Olivieri,
Pastore, Pellegrino, Pentassuglia,
Sannicandro, Schiavone,
Ventricelli.

Si sono astenuti i consiglieri:

Camporeale, Cassano, Congedo,
Damone, De Biasi, De Leonardis,
Lospinuso,
Marmo, Marti,
Palese,

Surico,
Vadrucci,
Zullo.

PRESIDENTE. Comunico il risultato della votazione:

Consiglieri presenti	36
Consiglieri votanti	23
Hanno votato «sì»	23
Consiglieri astenuti	13

La proposta di legge è approvata.

DENTAMARO, *assessore al Sud e al federalismo*. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DENTAMARO, *assessore al Sud e al federalismo*. Chiedo che il provvedimento sia dichiarato urgente.

PRESIDENTE. Pongo ai voti la procedura d'urgenza.

È approvata.

Relazione dell'Assessore alla Sanità, dott. Ettore Attolini

PRESIDENTE. L'ordine del giorno, al punto n. 3), reca: «Relazione dell'Assessore alla Sanità, dott. Ettore Attolini».

Pregherei i colleghi di maggioranza e di opposizione di osservare la necessaria attenzione. L'assessore Attolini sta per sviluppare e svolgere una relazione che tutti attendiamo da qualche settimana. Fra qualche minuto sarà distribuita anche copia della relazione scritta.

Ha facoltà di parlare l'assessore Attolini per lo svolgimento della relazione.

ATTOLINI, *assessore alla sanità*. Grazie, Presidente. Rivolgo un saluto a tutti i consiglieri. È il mio primo Consiglio ufficiale, quindi potrete anche capire il mio stato

d'animo, la mia emozione. Comincio subito con un compito impegnativo, perché mi viene chiesto di fare una relazione sullo stato della sanità e del sistema sanitario in Puglia, soprattutto alla luce degli stadi di avanzamento del Piano di rientro di cui tutti conoscete, credo, sia le motivazioni sia l'evoluzione.

Permettetemi di aggiungere anche un'altra riflessione. Non è facile per me, e questo spiega anche la mia emozione, la mia difficoltà, intervenire oggi su questi temi prendendo il posto dell'assessore Tommaso Fiore, a cui sono legato, come tutti sapete, da profonda amicizia e stima e al quale tutti voi, il giorno del mio insediamento, avete rivolto parole di grandissimo apprezzamento per il lavoro svolto. Questo è per me un ulteriore motivo di impegno e di difficoltà oggettiva.

Per quanto riguarda il tema di cui parliamo oggi, ho bisogno – e mi perdonerete – di fare una premessa per collocare questa relazione. Sto facendo stampare delle copie che saranno distribuite a tutti, perché la relazione si compone di una serie di schede che riassumono le principali azioni intraprese nell'ambito della programmazione regionale e nell'ambito dell'attuazione del Piano di rientro sulle direttrici e sugli assi principali lungo i quali si è sviluppata l'azione del Governo, dell'assessorato e di tutto il sistema; tali direttrici sono stabilite già nel Piano di rientro come possibili capitoli all'interno dei quali realizzare i percorsi di razionalizzazione della spesa e di riorganizzazione complessiva, quindi di efficientamento, del sistema. Ma su questo tornerò dopo.

Come dicevo, vorrei fare una premessa, ricordando intanto il contesto in cui è calata la vicenda del nostro Piano di rientro e quali sono le prospettive che abbiamo di fronte a noi. Non dobbiamo dimenticare che parliamo di sanità pugliese, ma non possiamo decontestualizzare la stessa e le sue prospettive dal discorso più generale della sanità italiana. All'interno della Conferenza Stato-Regioni, ma prima ancora della Commissione che riunisce gli assessori alla sanità delle Regioni e

della Conferenza dei Presidenti, siamo nel pieno di una discussione molto accesa e molto difficile sulle prospettive del sistema sanitario italiano.

Sono sicuro che voi tutti conosciate la proposta di Patto per la salute che il Ministro ha formulato e vorrei partire da qui, recuperando anche, da questa prospettiva, alcune delle considerazioni più generali che intendo svolgere sullo stato di salute della sanità in Italia.

Il Patto per la salute, come sapete, prevede una serie di misure e di sacrifici che vengono chiesti al sistema sanitario italiano, quindi alle Regioni. Questi sacrifici sono anche il frutto delle manovre finanziarie che si sono susseguite nel corso del 2011, proposte dal precedente Governo, e anche della manovra finanziaria “salva-Italia” proposta dal Presidente Monti e dal Governo da lui guidato.

La prospettiva nella quale ci muoviamo è quella di un definanziamento importante del sistema sanitario italiano. Fra minori finanziamenti rispetto alle previsioni, introduzioni di *ticket* e tagli previsti, la prospettiva è quella di un definanziamento complessivo del sistema sanitario nazionale, quindi del Fondo sanitario, da cui discendono i fondi sanitari regionali, di circa 18 miliardi nei prossimi tre anni. È una cifra spaventosa.

La domanda che ci siamo posti in Commissione salute e in Conferenza dei Presidenti è la seguente: alla luce di questa prospettiva, quale modello di sanità ha in mente il Governo nel proporre questo definanziamento e quale modello di sanità si prefigura per il nostro Paese nei prossimi anni?

Voi sapete che già in questo momento – al di là delle polemiche suscitate dall’articolo apparso sull’edizione nazionale del *Corriere della sera* di ieri, che ha acceso un faro sulla situazione dei sistemi sanitari regionali – la situazione complessiva della sanità italiana, se la vediamo dal punto di vista della spesa, prevede una percentuale di spesa sul PIL ad essa destinata che è aumentata, negli ultimi dieci

anni, soltanto dell’1 per cento e si attesta sull’8,7-8,8 per cento circa, a fronte di una percentuale sul PIL della spesa dell’Europa a 15, in particolare, superiore al 9,5 per cento. Abbiamo, cioè, almeno un punto in meno di incidenza della spesa sul PIL dei vari Paesi e della media europea.

Inoltre, la spesa *pro capite* in Italia, che oscilla tra Regione e Regione e vede la Puglia ai gradini più bassi di questa graduatoria, è di circa il 17 per cento in meno della spesa *pro capite* dei Paesi dell’Europa a 15, ed è di circa il 35 per cento inferiore alla spesa *pro capite* di Paesi occidentali evoluti, con sistemi sanitari evoluti (Giappone, Canada, Stati Uniti).

Se questa è la premessa, la prima considerazione che è stata formulata in Commissione salute e nella Conferenza dei Presidenti è se esistono margini ulteriori di riduzione di spesa in questo contesto. Avevo già predisposto il mio intervento, nei giorni scorsi, poi ieri – sembra quasi un meccanismo ad orologeria – è stato pubblicato l’articolo che ho richiamato, che non è casuale e del quale, se volete, potrò darvi anche una mia lettura. Da più parti sono stato presentato come un tecnico, e rivendico la mia origine tecnica, ma posso permettermi di fare anche valutazioni di carattere più politico.

Ora, prima di riferirvi la mia personale opinione vi traduco in maniera estremamente sintetica l’osservazione che è stata formulata: esistono, in questo momento, margini ulteriori di contrazione della spesa sanitaria nel nostro Paese, a fronte dei valori che ho riportato? Il principio su cui si basa la proposta di Patto per la salute, di ulteriore definanziamento del sistema, nasce dal presupposto che ci sia un’ampia possibilità, ancora, di riduzione di sprechi. Su questo è aperto il dibattito, o meglio il confronto molto serrato con il Governo nazionale.

Ieri mi ha molto sorpreso un’affermazione contenuta sia nell’articolo del *Corriere* che in una nota della *Repubblica*, laddove si parla di possibilità di recupero di sprechi, quindi sulla

spesa, pari al volume di evasione fiscale italiano. È una notizia assolutamente inesatta, è una strumentalizzazione.

Se si continua a sostenere un principio del genere, il retropensiero è che esiste una possibilità di contrazione della spesa sanitaria di almeno altri 30-40 miliardi, ma questo è assolutamente impossibile. Pertanto, ripeto la domanda, una domanda aperta, che mi rivolgo e che ci siamo rivolti: quale modello di sanità abbiamo in testa oggi? Quale modello di sanità propone il Governo, quale modello è configurato all'interno della proposta di Patto per la salute?

La preoccupazione diffusa, che ho colto negli interventi di tutti gli assessori delle Regioni italiane e di molti Presidenti, è che se quest'anno le Regioni in Piano di rientro sono dieci, probabilmente, a partire dall'anno prossimo, saranno tutte in questa condizione. L'ulteriore mio sospetto è che, nei fatti, a dispetto del Titolo V della Costituzione, quindi dell'aver definito la sanità come materia di legislazione concorrente da parte delle Regioni, ci sia, in qualche modo, inconsapevolmente o consapevolmente, il desiderio di esercitare un controllo centrale sui sistemi sanitari di tutte le Regioni.

Noi non siamo commissariati, ma di fatto il commissariamento di quasi dieci Regioni italiane che cos'è, sostanzialmente, se lo guardiamo nella prospettiva della riforma del Titolo V?

Signor Presidente, c'è molto vocio in Aula.

PRESIDENTE. I colleghi sono correttamente informati sulla possibilità di decidere autonomamente se restare in Aula ad ascoltare o allontanarsi e prendere un caffè – pagato – al bar.

ATTOLINI, *assessore alla sanità*. Signor Presidente, non vorrei essere molto severo, ma avendo la voce bassa ho difficoltà anche a raccogliere la mia concentrazione. Non è una patologia, ma un dato congenito.

Ho perso il filo, ma la riflessione che faccio è se non ci sia a questo punto il rischio di nuova cessione di sovranità sui temi della sanità dalle Regioni allo Stato centrale, perché la situazione che si prospetta è questa.

D'altra parte, in una situazione in cui la spesa delle famiglie per la sanità è già fortemente compromessa perché non vi devo dare i dati, che conoscete tutti, ma vi ricordo che, in base a quelli recenti, risalenti al 2010 (quindi il dato è destinato a peggiorare) almeno 3 milioni di famiglie in Italia non hanno potuto sostenere spese sanitarie e preferiscono rinunciare ad effettuare spese che potrebbero incidere negativamente sul proprio *budget*.

Se questo è il tema, non si può non riconoscere che un definanziamento di queste porzioni del sistema sanitario possa incidere in maniera differente sulle ventuno Regioni, le quali hanno sistemi diversi, alcuni più "virtuosi", altri ancora oggi con difficoltà sul piano della capacità di tenuta del sistema. Non mi riferisco alla Puglia, ma ad altre Regioni.

In questi giorni ho parlato con gli assessori di altre Regioni – non voglio fare nomi, ma conosciamo bene le situazioni di altre Regioni –, che sono enormemente preoccupati non soltanto rispetto alle possibilità di garantire l'erogazione dei LEA, ma anche rispetto alla tenuta sociale dei loro territori.

Di fronte a un definanziamento della sanità di queste dimensioni e a un impoverimento del *welfare*, il rischio è quello di perdere la coesione sociale su questi temi.

Partendo dalle riflessioni che sto facendo sulla sanità, lancio dei segnali rispetto anche allo stato di evoluzione del dibattito nazionale sul tema della sanità e quindi sul futuro Patto per la salute e riparto sanitario.

È evidente che in questo contesto non si può fare a meno di rilevare che l'impostazione data all'organizzazione complessiva dei sistemi sanitari sconta una deriva economicistica, finanziaria della sanità. Non è un caso che il vecchio Patto per la salute e anche il nuovo nella proposta iniziale parlino di uno schema

pattuale tra due contraenti, il Governo e le Regioni, finalizzato alla razionalizzazione della spesa.

Non è possibile. Questa deriva esclusivamente finanziaria ed economicistica sui temi della salute mi preoccupa fortemente, e non preoccupa solo me, ma tutte le Regioni in questo momento.

Questo è il contesto all'interno del quale dobbiamo collocare anche la vicenda pugliese. Dico questo, perché l'incipit, il punto dal quale voglio partire è proprio il Piano di rientro, se volete lo stato di avanzamento e di evoluzione del Piano, le prospettive del nostro sistema sanitario e quindi anche le prospettive del Piano, e soprattutto la prefigurazione degli scenari che si potrebbero determinare anche nella nostra Regione a seguito delle manovre finanziarie e dell'approvazione del Patto per la salute, così come è stato immaginato, si sviluppa e si è sviluppato nel dibattito fino ad oggi.

Quando ho assunto questo incarico – l'ho già detto in Commissione, ne abbiamo parlato, abbiamo già avuto occasione di confronto su questo, l'ho detto in tutte le occasioni che mi sono state offerte – la *mission*, l'impegno che mi sono assunto, in cui ovviamente non posso riuscire da solo, ma è necessaria la collaborazione di tutte le forze politiche, di tutti gli attori istituzionali, dei cittadini, dei medici, di tutto il sistema, è quello di traghettare la Puglia al di fuori del Piano di rientro alla fine del 2012, come prevede il Piano.

Questo tra l'altro mi offre l'occasione di sconfessare alcune dichiarazioni, alcune notizie pubblicate sulla stampa di ieri. In particolare, mi riferisco sempre all'articolo del *Corriere della sera*, che annovera la Puglia fra le Regioni molto vicine al commissariamento o al dissesto finanziario. Ho inviato una nota di rettifica al *Corriere della sera*, che non è stata pubblicata oggi, ma non pensavo che sarebbe stata pubblicata. Certo avrebbe avuto il significato di un chiarimento, quindi lo faccio oggi a voce.

Le notizie riportate sul *Corriere della sera* di ieri erano in parte inesatte e in parte vecchie, perché per quanto riguarda il bilancio fanno riferimento a dati del 2010, non certo del 2011. Rispetto a un problema specifico, che è al centro della mia e della nostra attenzione soprattutto negli ultimi mesi, che è quello della tenuta dei livelli occupazionali, riporta una notizia falsa, quando nella scheda allegata si afferma che abbiamo utilizzato male lo sblocco del *turnover*.

Avremmo quindi ottenuto delle deroghe e assunto in deroga anche al Piano, ma non è assolutamente vero: come sapete, non si fanno assunzioni da almeno un anno e tutto il sistema è in grandissima difficoltà.

Questo mi consente di ricollegarmi anche al tema da cui sono partito, alla prospettiva nazionale. Non si può – e poi ritorno velocemente, altrimenti sembra che io voglia evitare l'oggetto del confronto di oggi – impunemente (scusate la veemenza con cui lo dico) prospettare scenari di definanziamento, così come si discute oggi a Roma, dimenticando che per esempio dal punto di vista del personale, quindi delle piante organiche, in presenza di finanziamenti diversi fra Regioni che hanno la stessa popolazione e la stessa offerta di posti letto – penso alla Puglia e all'Emilia-Romagna, così eliminiamo qualsiasi fraintendimento – l'Emilia-Romagna abbia una dotazione organica di almeno 12.000-15.000 dipendenti in più, che si è accumulata nel corso degli anni.

Non si può pensare di definanziare il sistema e quindi di sottrarre risorse economiche, chiedendo contemporaneamente di garantire i LEA, l'universalità e l'equità di accesso nella prospettiva di uno scenario di devastazione dei livelli occupazionali.

Se, come voglio, riconosco la buona fede ai giornalisti che hanno steso quell'articolo, quei dati sono quantomeno non recenti, non attuali, ma quelli riguardanti in particolare lo sfioramento del bilancio, del deficit si riferiscono alla situazione relativa al 2010 e non al 2011.

Venendo al Piano di rientro, su questo sapete addirittura più di me. Tengo però a precisare due cose che ritengo essenziali. Questo Piano non nasce dall'improvvisazione, ma si inserisce in una logica, in una filosofia di coerenza con le linee programmatiche della Regione. È ovviamente un piano di rientro della spesa, un piano di razionalizzazione e di riorganizzazione, ma rappresenta un elemento di continuità con la programmazione regionale.

Esso semplicemente – “semplicemente” forse è un avverbio eccessivo – ha determinato un'accelerazione di una serie di processi di riorganizzazione, che già il Piano della salute, ormai scaduto, aveva prefigurato. Si inserisce, quindi, nella continuità programmatica già prevista nel Piano della salute, come dimostrano gli assi principali, le direttrici lungo le quali questo Piano si è sviluppato nel corso di questo anno e mezzo.

Sapete bene che noi siamo in Piano di rientro soltanto da novembre 2010, mentre il Piano di rientro è 2010-2012, quindi questo presuppone che il primo anno di vigenza del Piano fosse il 2010, ma sapete tutti che non è così per le ben note ragioni sulle quali non voglio ritornare, non voglio polemizzare: questo Piano è stato siglato con i Ministeri a fine novembre 2010.

Alcune delle previsioni di risparmio contenute nel Piano – questo, se volete, è il paradosso, e vi potete fidare perché ho partecipato a tutte le fasi di discussione e di elaborazione del Piano – davano invece per acquisite delle capacità di contrazione di risparmio della spesa risalenti a un intero anno di programmazione o riprogrammazione in campo sanitario, come se fosse partito o approvato il 1 gennaio.

In realtà, è partito undici mesi dopo, quindi alcune previsioni di risparmio non potevano realizzarsi, quindi non potevano che non realizzarsi. Mi riferisco in particolare ad alcune voci di risparmio che hanno un'incapacità di contrazione della spesa ad esempio sul personale. Le direttrici quindi sono quelle. Leggendo il documento, che è stato scritto sulla base

di documenti già in parte conosciuti ma rielaborati, e rivisto da me in questi giorni, vi prego di riconoscere intanto una coerenza interna, che penso possiate ritrovare in questo documento, ma soprattutto, oltre che la coerenza con la programmazione, anche la configurazione di una strategia precisa.

Il documento dedica ampio spazio soprattutto alla riorganizzazione ospedaliera del sistema, degli ospedali. La riorganizzazione era necessaria per effetto non soltanto delle prescrizioni dei tavoli ministeriali, ma a seguito della valutazione di alcuni elementi di debolezza del nostro sistema, che non potevamo continuare a tollerare. Adesso li vedremo insieme velocemente.

Lo spostamento del baricentro dell'assistenza sanitaria nella nostra Regione dal fulcro ospedaliero verso il territorio ha già prodotto atti concreti di riconversione e di riorganizzazione, di spostamento di risorse, di personale e soprattutto di idee e progettualità dall'ospedale verso il territorio.

Nel documento, che vi invito a leggere attentamente, questo elemento è presente. L'ho rappresentato e raffigurato sotto forma di schede sintetiche, ma da queste schede si coglie sicuramente lo sforzo che è ancora in corso, che non è definitivo, non è completo o completato, di progressivo spostamento dall'ospedale verso il territorio, di riconversione anche dell'assistenza soprattutto sul territorio.

Ci sono quindi una logica, una coerenza e una progettualità interna. Il documento parte da un'analisi – non ve lo leggerò tutto, né vi illustrerò tutte le tabelle – dell'offerta ospedaliera nella nostra regione, da un'analisi ante Piano di rientro.

Partivamo da una situazione caratterizzata da 102 stabilimenti ospedalieri, di cui 68 pubblici e 34 privati, con un numero di posti letto che era in linea con gli standard all'epoca vigenti di circa 4 posti letto per 1.000 abitanti, quindi 16.000 posti letto, pari a circa il 4 per cento.

Questo sistema così configurato, che vedete leggendo, ha determinato uno sbilanciamento dell'offerta di prestazioni sanitarie soprattutto sul versante ospedaliero. In questo elemento è contenuta anche l'origine di un tasso elevato di inappropriatezza dei ricoveri. Il nostro sistema era caratterizzato da un'offerta sovrabbondante di ospedali, da un'offerta elevata di posti letto, soprattutto concentrati in alcune discipline, cosa che ci è stata fatta rilevare dai Ministeri a Roma, e da alti tassi di inappropriatezza dei ricoveri.

Come vedete, la tabella a pag. 2 illustra due cose importanti: che c'era un eccesso concentrato in soprattutto alcune ASL di offerta di ricoveri e di produzione di DRG ospedalieri, in particolare nella ASL di Foggia, che prima del Piano aveva in percentuale uno standard di posti letto di gran lunga superiore a quello delle altre ASL e quindi alla media regionale, ma soprattutto che il 50 per cento di tutta l'attività ospedaliera erogata nella nostra regione si concentrava, veniva erogato, veniva garantito da 12 ospedali, e il restante 50 per cento era garantito dagli altri 90 ospedali. Come vedete, è un dato estremamente significativo.

Questi sono dati pugliesi, dati aggiornatissimi. In fondo, nelle ultime pagine, troverete anche il dato, ma su questo tornerò velocemente, perché mi rendo conto di aver già preso molto tempo, ma ho bisogno di illustrare...

PRESIDENTE. Consigliere Cassano, non interferisca. Riservi le sue osservazioni per quando avrà la parola. Prego, assessore.

ATTOLINI, assessore alla sanità. Vi anticipo un altro dato interessante, che comunque trovate qui. Procedo in ordine sparso, ma tutte le notizie che vi fornirò sono contenute nel documento. L'altro dato interessante riguarda l'effettiva produzione negli ospedali, che nella prima fase del Piano di riordino sono stati oggetto dei processi di chiusura, disattivazione e riconversione.

In linea con quanto vi ho appena detto, la produzione di tali ospedali (quei 18-19 presidi che sono stati disattivati o in corso di riconversione) garantiva solo il 3 per cento della produzione complessiva del sistema sanitario regionale, il 3 per cento di produzione ospedaliera.

A pag. 3, in fondo, abbiamo introdotto un elemento estremamente interessante, che ci dà la misura del tasso di inappropriatezza dei ricoveri nel nostro sistema ospedaliero. Sono dati del 2010: su 812.000-813.000 ricoveri, 194.000 (il 20-25 per cento di tutti i ricoveri erogati nel corso del 2010) avrebbero potuto essere garantiti in un *setting* assistenziale diverso da quello ospedaliero, non dico necessariamente ambulatoriale, ma anche in *day hospital* o ambulatoriale.

Quello è il dato complessivo relativo ai pazienti acuti. Poi c'è l'elenco degli ospedali chiusi, il cui stato di avanzamento del processo di disattivazione e di riconversione ormai è molto avanzato, e ci sono delle schede, che ritrovate nel corpo del documento, in cui vi illustro le azioni intraprese nell'ambito del processo di riconversione. Ho dedicato delle schede specifiche a ognuno dei territori e dei Comuni nei quali è stato "disattivato" l'ospedale, indicando i progetti di riconversione o le azioni già intraprese, quindi le attività già svolte.

Ricordo ancora che il numero complessivo di posti letto da disattivare nel corso del Piano di rientro ammonta a 2.200, di cui 1.400 nella prima fase sono stati realmente disattivati. A noi risulta che i posti letto – lo dico soprattutto a chi ha più esperienza di tecnicità sanitarie e amministrative – non sono più rinvenibili nei modelli HSP che le ASL inviano al Ministero, quindi sono di fatto disattivati.

A questi 1.400 la seconda fase del Piano di riordino prevedeva di aggiungere altri 800 posti, distribuiti fra erogatori pubblici ed erogatori privati accreditati. Abbiamo già avviato un tavolo con la sanità privata, per discutere le modalità di riduzione e riconversione, men-

tre una parte minima (130 posti) si trova negli enti ecclesiastici.

Mi soffermo un attimo su questo per spiegare una cosa. Io ho vissuto tutta questa tutta vicenda in prima linea, non da assessore, ma da tecnico a fianco di Tommaso. Una delle critiche più feroci mossa al Piano di rientro, soprattutto al riordino ospedaliero nella prima fase, era – e lo ricordo bene – che avessimo proceduto in maniera estremamente empirica.

Sulla base dei dati di produzione ho dimostrato come proprio empirica non fosse, perché gli ospedali oggetto di processi di riconversione erano quelli già marginali, ai quali già prima delle disattivazioni i cittadini residenti in quei Comuni non si rivolgevano. Ci sono solo i casi di due ospedali nei quali, considerato 100 il numero di ricoveri di quel Comune, il 30 per cento si rivolgeva agli ospedali stessi. La percentuale è del 35 per cento a Poggiardo, come specifica il collega consigliere, ma in tutti gli altri casi scendeva fino a livelli del 3, 4, 5 per cento.

Sulla base dei nostri dati possiamo interpretare i comportamenti dei cittadini pugliesi: nell'81 per cento dei casi si rivolgono agli ospedali della propria ASL, nel 12-13 per cento dei casi si rivolgono a ospedali di altre ASL, ma della stessa regione, quindi dimostrando una capacità di orientamento, e solo nel 7 per cento dei casi vanno fuori regione.

Di questo 7 per cento, alcune situazioni sono di mobilità di confine, che sappiamo bene cosa significhi, pensando ad esempio alla ASL di Foggia.

Una critica rivolta alla prima fase era quella. In effetti, dovendo chiudere 1.400 posti letto, siamo intervenuti attraverso un processo di disattivazione degli ospedali che ci sembravano avere indici di *performance*, attività e tutti gli altri indicatori più deboli, seguendo anche un'indicazione ministeriale.

Al tavolo ministeriale – e potrei citarvi anche nome e cognome di chi, per conto del Ministero, ci ha detto queste cose –, ci è stato infatti spiegato che la riduzione dei posti letto

si può ottenere non riducendo un posto-letto per disciplina per ospedale, scelta che sarebbe stata bocciata, ma attraverso la disattivazione di unità operative di ospedali. Questo è il margine che ci è stato offerto, all'interno del quale ci siamo mossi.

Nell'approcciare la seconda fase del riordino, che è in fase avanzata di elaborazione e che vi presenteremo prossimamente, attraverso l'attivazione di tutti i meccanismi democratici di condivisione e di coinvolgimento degli attori interessati, abbiamo voluto seguire una metodologia scientifica, concordata anche con i Ministeri, che è illustrata a pag. 5.

Abbiamo seguito i criteri previsti dall'AgeNaS, che vengono utilizzati da tutte le Regioni italiane, in particolare dalle Regioni commissariate, nelle quali l'AgeNaS affianca i Ministeri e il Commissario. Si tratta di una metodologia scientifica, che comporta la valutazione rispetto a uno standard nazionale di verifica degli scostamenti in più e in meno per singola disciplina per ASL, rivolgendo un'attenzione particolare alle discipline per le quali lo stesso Ministero aveva evidenziato un eccesso di offerta di posti letto.

Dopo questa prima valutazione, le operazioni di riduzione sono state concentrate sugli ospedali, sulle unità operative che presentavano i valori più bassi di attività, di appropriatezza e di *performance*.

Faccio un esempio concreto, volutamente grossolano: dovendo ridurre 3 posti letto di ortopedia nell'ASL Bari, si è proceduto in tal senso nelle unità operative di ortopedia, che, sulla base della produzione aggiornata al 2011, avevano presentato i dati più bassi di appropriatezza, di occupazione di posti letto, di efficacia. Dall'incrocio di questi parametri è scaturita l'identificazione dei posti letto, che dovrebbero essere oggetto di disattivazione nella seconda fase.

La tabella di pag. 6 contiene il riassunto di questa valutazione, quindi mette a confronto i posti letto pre-Piano della prima fase e della seconda fase. Da pag. 7 a pag. 22 del docu-

mento ho inserito le tabelle nelle quali sono riassunti sia i dati di attività degli ospedali disattivati, sia le iniziative di riconversione, di potenziamento dell'assistenza territoriale intraprese in quei territori.

Probabilmente qualcuno criticherà questa metodologia, ma voglio difendere intanto un principio, cioè che questa operazione, alla quale ho partecipato e di cui quindi mi dichiaro anche responsabile, ha delle sue motivazioni precise, ha una logica interna, che si può condividere o meno, così come l'avvio di sperimentazioni nel campo dell'assistenza territoriale, quali per esempio il Progetto Nardino, di cui siete stati più volte informati, che è in fase di attivazione in molti dei Comuni per i quali era stato previsto e progettato, di cui era stata prevista l'implementazione.

Nardino è un progetto di assistenza territoriale e accompagnamento dei pazienti affetti da patologie croniche da parte di personale infermieristico, finalizzato soprattutto a rendere meno soli questi pazienti nel percorso clinico terapeutico che molti di loro intraprendono, anche attraverso la presenza a domicilio di personale qualificato.

L'ultima tabella che voglio sottoporvi per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera è quella di pag. 30 con dati recentissimi, elaborati in questi giorni, che riporta i dati di attività ospedaliera del 2011. Come vedete, a conferma della validità del percorso intrapreso, si registra un calo anche significativo dei ricoveri acuti, di ospedalizzazioni in tutte le ASL e in tutta la Regione. Questo è uno degli elementi deboli, fortemente criticato sul tavolo nazionale della verifica dei requisiti LEA della Regione Puglia, e ha sempre costituito oggetto di osservazione.

È sempre stato osservato infatti che la Puglia ha un tasso di ospedalizzazione di gran lunga superiore alla media. Attraverso le iniziative intraprese nell'ambito del Piano di rientro, stiamo cominciando a ottenere questo risultato.

L'altro dato importante è che abbiamo ana-

lizzato anche tutti i ricoveri, tutti i DRG, e la riduzione riguarda soprattutto i 108 DRG ad alto tasso di inappropriatazza. A mio giudizio, quindi, abbiamo intrapreso una strada virtuosa, che forse era necessario intraprendere. Il Piano di rientro ha rappresentato per noi anche un'occasione importante di riorganizzazione.

C'è poi una tabella, che vi leggerete, ma che non ho voluto introdurre per non aggiungere troppi elementi di riflessione: la relazione sui punti nascita, che molti di voi conoscono, di cui è imminente la proposta ufficiale. Nella tabella ho soltanto raffigurato i dati relativi ai parti cesarei, quindi agli indici del 2010 e del 2011 con il confronto. Ho cercato di darvi i dati più aggiornati possibile.

L'ultima parte del documento riguarda una serie di azioni intraprese sulle altre direttrici principali di intervento nell'ambito del Piano, quindi le politiche di personale, tema estremamente caldo. Ribadisco che nel corso del 2011 non sono state autorizzate deroghe ad assunzioni. Questo ovviamente, soprattutto alla luce del picco di cessazioni, di fuoriuscite dal sistema verificatosi negli ultimi mesi, ha reso ancora più difficile la garanzia dell'erogazione dei livelli, in considerazione del fatto che moltissime unità operative sono in sofferenza, con piante organiche ridotte all'osso.

Anche in questo campo della razionalizzazione della spesa sul tema del personale sono stati fatti dei passi in avanti, sono stati realizzati dei risparmi soprattutto nell'ambito del capitolo relativo ai turni aggiuntivi, quindi a tutta la parte relativa ai costi aggiuntivi del personale.

Con la legge n. 13 del 1988 abbiamo applicato una norma prevista dal Patto per la salute precedente, che prevedeva l'identificazione di criteri precisi per la definizione delle strutture semplici e complesse nella nostra regione, cosa che ha suscitato sicuramente una serie di reazioni, ma è stato un atto dovuto, nel senso che abbiamo dovuto prendere atto di una

norma e applicare alla realtà regionale una norma nazionale. Mi riferisco alla legge n. 13 del 1988 e quindi all'articolo 12 del vecchio Patto per la salute.

Rispetto al capitolo *Beni e servizi*, ho inserito una scheda relativa alle delibere che sostengono queste nuove procedure di distribuzione dell'ossigeno e di acquisto dei presidi soprattutto nel campo dei diabetici, che hanno prodotto e stanno producendo sensibili contenimenti della spesa. Solo sull'ossigeno è previsto addirittura un dimezzamento dei costi, da 30 a 15-16 milioni, *idem* per i presidi diabetici.

Sulle politiche del farmaco, al di là di una serie di manovre sui *ticket*, che voi conoscete bene, il dato più recente, a seguito delle varie elaborazioni e successive correzioni, è a pag. 39 e indica un 60 per cento di cittadini pugliesi totalmente o parzialmente esenti in questo momento. Ulteriori risparmi sono previsti nel PHT, cioè su una distribuzione dei farmaci in nome e per conto, che ha prodotto sensibili risparmi illustrati nella scheda allegata.

L'ultima pagina riguarda il bilancio. Sono dati ufficiali sul bilancio, dati consuntivi che abbiamo già comunicato al Ministero, che parlano di una riduzione del deficit da 460 milioni circa a consuntivo 2010 a certificati 163 milioni di euro a consuntivo nel 2011. È una riduzione di più del 60 per cento del deficit, tutti coperti, come sapete.

Questa è una relazione molto sintetica, con la quale ho voluto soprattutto affrontare gli elementi più critici, più qualificanti del Piano di rientro. Mi fermerei qui, ricordando – lo ribadisco ancora una volta – l'impegno di tutti nel raggiungimento di questi risultati.

Ribadisco la volontà di traghettare la Puglia, con la collaborazione e il consenso di tutti, fuori dal Piano di rientro entro il 2012, soprattutto in prospettiva dei futuri tagli dei finanziamenti, perché altrimenti la situazione diventerebbe molto più difficile.

Voglio ribadire per ultimo un concetto a cui tengo particolarmente, ovvero quello

dell'esistenza di una coerenza negli atti intrapresi e di una logica continuità con gli atti programmatori precedenti. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, assessore. Riassumo le intese per il dibattito che seguirà la relazione dell'assessore. I Capigruppo hanno a disposizione dieci minuti estensibili a quindici, gli altri componenti del Gruppo possono parlare per cinque minuti.

Dichiaro aperta la discussione generale. È iscritto a parlare il consigliere Palese. Ne ha facoltà.

PALESE. Signor Presidente, parlerò come Capogruppo e a nome di dieci colleghi.

PRESIDENTE. Quindi parlerà per quindici minuti.

PALESE. Non ci attacchiamo al minuto. Penso che questo sia un momento non solo importante...

PRESIDENTE. Mi scusi, il collega Cassano deve dire qualcosa.

CASSANO. C'è una prenotazione anche mia.

PRESIDENTE. Diamo la precedenza sempre e comunque ai Capigruppo.

CASSANO. Non c'è dubbio.

PRESIDENTE. Lei seguirà. Prego, consigliere Palese.

PALESE. Signor Presidente, dicevo che questo è un momento importante non solo per le informazioni che sono state fornite dall'assessore alla sanità al Consiglio regionale e ai colleghi, ma certamente per una serie di considerazioni penso che questo sia un momento importante e decisivo per stabilire anche quale prospettiva debba avere il servi-

zio sanitario regionale nella nostra regione in un quadro così complesso come testé ricordato.

Siamo in un momento estremamente decisivo. Ribadisco questo concetto ai colleghi con la profonda volontà di dare un contributo in base alle varie fasi che nel corso delle legislature il sistema sanitario regionale ha attraversato.

Dico questo perché è fin troppo noto che i punti trattati dall'assessore alla sanità anche in maniera critica non nascono oggi. L'articolo 1, comma 34 della legge n. 662 del 1996 di modifica dei criteri di riparto è datato. È indubbio che esistano questi problemi, che quella modifica abbia provocato una penalizzazione e sia stata la base, il presupposto, rafforzato poi anche da tante altre disposizioni di legge di natura anche costituzionale come la modifica del Titolo V, che hanno determinato nei fatti ventuno sistemi sanitari diversi nel nostro Paese. Ogni Regione in base alle risorse ha costruito il suo.

Quello doveva essere un riferimento e un'occasione che continua a essere oggi più che mai un punto di partenza. Possiamo contestarlo quanto vogliamo, ma quello è un punto cardine che riguarda il finanziamento. Si è stati penalizzati, aspetto che continuiamo a rivendicare come sempre, ma non è l'unico.

È vero che, a parità di abitanti, l'Emilia-Romagna e altre Regioni hanno un trasferimento maggiore rispetto a quanto riguarda la situazione, ma hanno anche un sistema sanitario molto più costoso, non solo per il personale. Se infatti consideriamo anche quanto personale abbiamo mantenuto di quello che prima era impiegato in aziende esterne, in cooperative, e adesso è stato internalizzato con i processi che ci sono stati, constatiamo che siamo quasi alla pari. Non dobbiamo quindi enfatizzare questo aspetto.

Sono invece totalmente d'accordo con lei, assessore, ma anche con chi l'ha preceduta e con altri quando eravamo noi al Governo: continuiamo a discutere della perdita di so-

vrantà o meno rispetto all'Europa, rispetto anche al Governo nazionale, che è una filiera. La perdita della titolarità da parte dei singoli Stati che fanno parte dell'area Euro, cioè della politica monetaria, è una perdita pesante di sovranità. Non c'è dubbio.

Nel 2000 il Sottosegretario Giarda con il Governo Amato fece una norma dettata da questo presupposto. Come medico non la condivido, ma è una conseguenza del fatto che il profilo finanziario è prevalente, è sovraordinato a quello assistenziale. Purtroppo è così. Nel 2000 il Governo Amato e il Sottosegretario Giarda, che non avrebbero potuto fare cose diverse, hanno dovuto introdurre nel nostro ordinamento nazionale una legge, con cui hanno eliminato il vincolo di destinazione al Fondo sanitario regionale. È diventato interamente bilancio della Regione, con tutte le conseguenze che sappiamo.

Non sto qui a ripetere il resto, perché non servirebbe a nessuno ripercorrere oggi la storia di questi sette anni o anche di più. Non servirebbe. Ritengo infatti che oggi tutte le varie fasi, i vari errori, le varie proteste e le varie proposte che abbiamo fatto in questi sette anni debbano essere messe da parte, perché la relazione che ci ha consegnato l'assessore con tanti altri dati che conosciamo è il presupposto di quanto ancora bisogna fare!

L'aspetto principale della situazione illustrata poco fa dall'assessore parte dal Piano di rientro. Mi fa piacere, assessore, che lei oggi abbia affermato che il Piano di rientro, al di là dei contenuti, è stata e continua a essere un'occasione per riorganizzare il servizio sanitario regionale. Comprendo anche le difficoltà che arrivano continuamente da quest'Aula, perché il pesce marcisce dalla testa, e il problema rimane sempre qui in maniera principale.

Inizio a dire in maniera chiara quello che penso. Oggi dobbiamo parlare degli stadi di avanzamento e delle prospettive che dobbiamo dare al servizio sanitario regionale. Sono stato tra coloro che hanno sollecitato in tutti i

modi la Regione a fare il Piano di rientro e subito, perché lo abbiamo fatto con tre anni di ritardo e questo ha comportato che in un biennio abbiamo dovuto fare quello che bisognava fare in tre o quattro anni, nonché una serie di polemiche e di tempo che si è perso, e ancora peggio che un bel pacchetto di milioni di euro, circa 500, sono rimasti bloccati, e per il momento solo il 60 per cento è stato sbloccato.

Alla fine, però, davanti a questo – io personalmente, insieme ai miei colleghi – abbiamo votato contro, perché dopo circa quattordici mesi dal Piano di rientro ancora siamo sul punto nodale: non c'è ancora un'organizzazione del modello organizzativo e funzionale del sistema, cioè dove la Regione ha programmato, dove la Regione dice come, a seguito del Piano di rientro, è organizzato il nuovo modello funzionale-organizzativo, presupposto – consigliere Romano, è giusto quello che dice sull'atto aziendale – per poter fare gli atti aziendali da parte delle ASL e quant'altro.

Quando alcuni colleghi legittimamente hanno pensato in positivo, dicendo di accelerare dal punto di vista dell'accreditamento la famosa leggina per le RSA, dissi che non avrebbe cambiato nulla. Qualche collega della maggioranza sosteneva che quello sarebbe stato l'inizio con cui si accendeva la nuova luce sul sistema sanitario regionale, ma ad oggi qualcuno ci sa indicare se uno dei 18 ospedali è stato trasformato in RSA? Nessuno.

Continuiamo quindi a tenere i 18 ospedali, che sono un patrimonio pubblico, tecnologico e strutturale della nostra regione, e ancora non sappiamo che fine faranno, cioè quali prestazioni dovranno essere erogate in questi 18 ospedali.

Terzo problema: la gestione del sistema. I dati oggi forniti dall'assessore sono inequivocabili. Non faremo mai alcun Piano di rientro, e attenzione: gli Stati membri hanno adottato anche un provvedimento per cui a partire dal 2013 ogni pubblica amministrazione dovrà tenere a pareggio i bilanci. Questo quindi è un

problema non solo nostro, ma anche di tutti gli altri.

Ritengo che i dati abbiano senso. La nostra è la regione italiana con il più alto indice di ospedalità da anni. Dobbiamo capire dunque come e perché nasca questo alto indice di ospedalità, che i dati confermano. C'è un grandissimo dato di inappropriatezza, perché una serie enorme di prestazioni cosiddette "territoriali", che sono però primarie più che territoriali, non vengono erogate nei luoghi deputati.

Non abbiamo problemi a fare una proposta coraggiosa. Assessore, abbia coraggio e concretezza, e la sua tecnica sia conseguente anche alla politica. Mi dispiace che non sia presente il Presidente della Regione. Manteniamo questo patrimonio pubblico di 18 ospedali piccoli, su cui non possiamo abbassare la saracinesca e decidere di abbandonare a se stesso questo patrimonio pubblico, tecnologico e strutturale.

Siamo in un contesto in cui, ad anni di distanza dalla legge n. 833 del 1978, ancora non abbiamo una rete degna di questo nome e dei distretti sociosanitari di base. Ci sono, ma dobbiamo fare ancora un avanzamento molto forte anche sul piano culturale, perché, se immagino un distretto sociosanitario di base in cui recarmi, lo immagino non come luogo di cura o di prestazioni specialistiche, ma di natura amministrativa, né è immaginabile per la scarsità di risorse pensare di costruirne di nuovi dal punto di vista strutturale.

La stragrande maggioranza di quei pochi luoghi impropriamente classificati come distretti sociosanitari di base è anche in affitto, quindi c'è anche un danno economico da questo punto di vista. Riteniamo che non sia possibile continuare a non avere le risorse, ma, ammesso che le avessimo, tra dieci anni sarebbero pronti, visti tutti i ritardi della sanità e della pubblica amministrazione. Riteniamo perciò che l'utilizzazione di questi ospedali debba essere con urgenza quella di ospedali "a giorno".

Abbiamo indici di grandi difficoltà per

quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, laddove in alcune province per l'operazione alla cataratta vi sono liste d'attesa di 4.000 persone, quando sarebbero sufficienti due oculisti con due apparecchi per operare in una giornata sola, con grande risparmio per la Regione e con utilizzo di quelle strutture ospedaliere in *day hospital*. Potrebbero essere utilizzati anche per la popolazione anziana, che ci sta portando ai doppi turni dei posti letto di dialisi nelle strutture private, come nei tempi andati.

C'è quindi un problema di grande responsabilità, per non parlare della scadenza – e mi auguro che sia l'ultima – del 30 giugno 2012. Mi riferisco alle attività intramurarie.

Come Consiglio regionale, abbiamo l'obbligo non di chiedere all'assessore di non procedere, come accade anche nelle Commissioni, ma al contrario di chiedergli di utilizzare l'attività intramoenia per i pazienti, e non per pochi eletti che devono svolgere l'attività fuori dalle strutture nei propri ambulatori. Questa è la sfida che lanciamo soprattutto al Partito Democratico. È una proposta di responsabilità in questo senso, che non richiede neppure di perdere troppo tempo.

Vengo al problema dei punti nascita, tema sul quale rischiamo di scottarci di nuovo come Regione, perché, se non si vara il provvedimento per i punti nascita, sicuramente non avremo l'integrazione del 2011 di trasferimento. Si tratta di oltre 200 milioni di euro.

Non si può andare ai tavoli nazionali, dove bisogna avere le carte in regola per poter chiedere maggiori finanziamenti sul riparto del fondo anche nei confronti delle altre Regioni, con cui lo scontro è durissimo, senza aver fatto quello che le altre Regioni invece hanno fatto tranquillamente. Anche su questo abbiamo una proposta.

È inimmaginabile che venga smontato tutto. Non c'è dubbio che debbano essere date certezze alla madre e al nascituro, che devono avere ospedali in massima sicurezza, perché quello è l'obiettivo, ma vi sono anche gradua-

lità nel progetto e nel processo per farlo. Occorre procedere gradualmente in tal senso.

Solleghiamo un altro problema. Non è detto che le prestazioni di cure primarie cosiddette "territoriali" debbano essere erogate per forza in strutture diverse da quelle ospedaliere. Se quindi in un certo ospedale vi è il reparto di ostetricia e ginecologia che per una serie di motivi deve essere dismesso in via graduale, l'unità operativa di tecnologia, di professionalità e strutturale non può essere abbandonata a se stessa.

I consultori che non siamo riusciti negli anni a dotare di personale e di tecnologia potrebbero essere utilizzati in una serie di prestazioni di natura soprattutto ginecologica, comunicando alle unità operative che fino ad oggi hanno svolto determinate mansioni che dal giorno seguente ne svolgeranno altre.

Riusciremmo in questo modo a risolvere diversi problemi circa l'appropriatezza delle prestazioni, la diminuzione dei costi rispetto alle prestazioni esterne e anche un miglior governo con gli operatori del territorio.

Al problema del personale vorrei dedicare due passaggi. Mi interessa poco dire che l'avevo detto, che lo dico da quattordici o quindici mesi. Sul problema del personale abbiamo due leggi regionali, concordate con il Governo e non osservate in nessuna sede, che sono il presupposto del governo dell'intero sistema.

È sbagliato dire che il Governo nazionale ci deve concedere le deroghe. Non esiste, il Governo nazionale ha già concesso le deroghe dal settembre 2010. Diciamo le cose come stanno. Diciamo anche, però, che a quella data la nostra Regione non aveva alcuna ASL – oggi è in queste condizioni per i motivi che dirò, tranne la BAT, per altri motivi strutturali – che rientrasse nei parametri da osservare.

In riferimento al blocco delle assunzioni, non solo l'articolo 2 della legge regionale n. 12 del 2010 lo prevede, ma prevede anche che la Giunta regionale possa attivarsi in ogni momento per qualsiasi possibilità di mobilità;

si prevede inoltre che la Giunta regionale, per particolari esigenze di servizio e per assicurare i livelli essenziali di assistenza, conceda deroghe, ma anche l'obbligo di osservare le leggi della pubblica amministrazione.

All'epoca nella nostra regione non c'era nessuna ASL che rispettasse la spesa complessiva del personale sostenuta nel 2004, meno 1,4 per cento. Adesso siamo in questa condizione, quindi si può fare, ma a condizione - mi rivolgo al collega Romano, che ha lanciato questi argomenti giorni fa - che venga considerata la legge regionale n. 22 del 2011 (sempre il Piano di rientro) di rideterminazione delle piante organiche, su cui richiamo l'attenzione dei direttori generali, che non sono in quest'Aula, e delle organizzazioni sindacali. È inutile affermare che non c'è personale: andassero a occupare le direzioni generali delle ASL per far fare la rideterminazione delle piante organiche, così come da Piano di rientro, perché senza quello non si può fare niente. Bisogna farlo, ed è inutile dire che è stato chiuso il reparto di medicina di un ospedale e non si sa dove siano andati gli infermieri: che cosa fanno loro, se non governare questo processo e accompagnarlo? Sono questi i problemi.

Attenzione, i risultati ottenuti dal punto di vista del personale riguardano essenzialmente questi aspetti per quanto concerne la spesa. Possiamo farlo ed è una cosa che ci compete. In passato ho affermato che la legge regionale n. 22 del 2011, come anche la legge n. 12 del 2010, era per noi una grande occasione per mettere ordine, per le stesse cose che qualche sindacato o il direttore generale dell'ASL di Lecce hanno avuto il coraggio di dire sulle persone imboscate che non si sa dove stanno.

Come Consiglio regionale abbiamo il sacrosanto diritto-dovere di chiedere queste cose, che tutti devono tirare fuori perché, come ci ha detto l'assessore, non si scherza più. C'è una grande possibilità rispetto agli sprechi e sostengo che con la dotazione finanziaria in nostro possesso rispetto alle prestazioni ero-

gate le risorse che ci vengono trasferite siano abbastanza, assessore.

Se dobbiamo erogare altre prestazioni, è giusto rivendicare che vogliamo avere lo stesso sistema sanitario che c'è all'interno dell'Emilia-Romagna, ma dobbiamo essere capaci di farlo. Quella è la rivendicazione. Inoltre, sono spariti i progetti dei nuovi 12 ospedali: non sappiamo più nulla, non se ne parla più. E questa è l'altra parte di innovazione.

Torniamo sul personale. Abbiamo una criticità enorme, che è quella del personale stabilizzato, poi destabilizzato, e poi delle conciliazioni. C'è grande attesa su questo. Noi siamo stati chiari sin dal primo momento e abbiamo indicato la strada più semplice. Non siamo stati ascoltati quando è stata fatta la legge n. 40, quando abbiamo evidenziato come le altre Regioni non avessero fatto così e sarebbe stato considerato anticostituzionale, ma gli operatori si sono rivolti al TAR, che ha rimesso alla Corte costituzionale, che ha dichiarato illegittima la situazione.

Poi è scaturita la norma dell'obbligatorietà di dare seguito alle sentenze, e da lì è partita la destabilizzazione. La magistratura di Trani ha stabilito quanto sappiamo, cioè che bisogna riammetterli e che addirittura potremmo essere condannati. La magistratura di Taranto ha detto l'inverso e ha notificato il provvedimento di sentenza agli organi regionali, al Presidente, intimando loro che, qualora non li destabilizzassero, sarebbero passibili di reato di abuso d'ufficio, di danno erariale. Ha elencato talmente tanti reati che manca solo l'arresto!

Davanti a una situazione del genere si ritorna obbligatoriamente sulla proposta che faccio da quattordici mesi di rideterminare subito le piante organiche.

Presidente, stiamo parlando di cose capitali...

PRESIDENTE. Ci mancherebbe altro, mica possiamo parlare di scampagnate!

PALESE. Intanto la ringrazio di concedermi ancora tempo per parlare, ma mi avvio alla conclusione.

La proposta è quella di fare subito le piante organiche. Le avremmo già dovute fare, perché avremmo guadagnato dodici mesi. Fatte le piante organiche, facciamo quello che dice la legge, collega Pastore, valutando se un'ASL ha 1.000 posti vacanti in pianta organica e rientriamo nella spesa, per cui facciamo immediatamente i concorsi riservati per ristabilizzarli in venti giorni di avvisi pubblici e un concorso riservato interno, con diritto di accesso rispetto ai requisiti che avevano all'atto della stabilizzazione, fissati dal Governo Prodi.

Questo bisogna fare, non altre cose, e si riaggiusta tutto. Peraltro, abbiamo avuto anche la fortuna che secondo le stime siano non 500, ma 300. Per fare questo non dobbiamo chiedere alcuna autorizzazione ai Ministeri, a nessuno!

Dobbiamo semplicemente procedere e farlo. La legge nazionale stabilisce che per i posti vacanti, fino alla misura massima del 50 per cento, ci possano essere concorsi interni. Non c'è ASL in cui manchi il sufficiente *plafond* finanziario e di posti vacanti per sistemare questa situazione.

Ritengo che con un pizzico di buona volontà entro e non oltre la fine di maggio possa essere chiuso questo capitolo. Attenzione però, assessore, a non perdere di vista le altre cose che si sono fatte. Sul Piano di rientro abbiamo raggiunto finanziariamente dei risultati, che si debbono solo a due voci: risparmio della spesa farmaceutica in base al *ticket* e all'altro provvedimento sull'ossigenoterapia, con cui la Regione ha fatto un provvedimento santo a tutela delle casse pubbliche, con cui si sono risparmiati oltre 131 milioni di euro, e risparmio per il personale, per circa 70 milioni di euro tra il 2010 e il 2011. Altro è andato in pensione e il *plafond* si è avuto.

A questi aspetti si deve aggiungere un'urgentissima *full immersion* da parte della

Commissione, con cui mettere sotto controllo la gestione, dove effettivamente a noi sfugge tutto perché il sistema è fuori controllo e anche perché dobbiamo prepararci per quello che lo Stato ha già deliberato, le disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili.

Il decreto legislativo n. 118 del 2011 è di 38 articoli: 19 sono sui bilanci della sanità. Dobbiamo comunque farlo, e mi fa piacere che sia presente anche l'assessore Pelillo e che questa parte del controllo e dell'attuazione di questo sia passato all'assessorato al bilancio.

Dobbiamo immediatamente determinare questi aspetti perché in base al Piano di rientro, se dobbiamo occuparci del personale, dobbiamo risparmiare da altre parti, perché sinora si è avuto un risparmio solo sul personale e sulla farmaceutica. Non possiamo continuare a tenere strutture in cui i Direttori generali e i Direttori amministrativi sono fuori controllo, spendono cifre di ogni genere. I dati qui sono tutti uguali, nel senso che sui beni e servizi non c'è alcun risparmio.

Bisogna intervenire fortemente, Presidente, perché altrimenti non saremo nelle condizioni di ridurre le tasse: 338 milioni di euro di tasse sono una situazione enorme che si è venuta a creare. Dobbiamo dare forza all'assessore che si sta impegnando in una lotta senza quartiere sul problema del Patto per la salute e del riparto.

Uno dei tanti problemi del sistema sanitario è rappresentato dalle troppe variabili decisionali: il Governo e il Parlamento rivendicano l'autonomia e decidono per conto loro, le Regioni lo stesso, la Corte costituzionale pure, come anche i TAR e i Consigli di Stato. Troppi sono i centri decisionali.

Si è persa la sovranità, ma nel perdere la sovranità rispetto alla dotazione finanziaria, ce n'è un'altra che è poco conosciuta, o perlomeno solo i Comuni ne stanno parlando, ossia che è cambiata la norma sulla Tesoreria unica.

L'assessore Pelillo è certamente molto più

interessato dell'assessore alla sanità alla Tesoreria unica e al fatto che hanno moltiplicato tutto. Purtroppo, questo metterà sotto stress i trasferimenti nella sanità. Se infatti abbiamo già un ritardo nei pagamenti, non c'è dubbio che questa altra stortura, necessaria per altri provvedimenti e per altre cose dello Stato, possa causare una complicazione.

Questo elemento si lega all'impossibilità di continuare ad aspettare, perché, se i costi standard sono stati fortunatamente accantonati, esistono tutti questi altri aspetti e queste altre situazioni. Come opposizione le confermo, assessore, che noi riteniamo ineludibili questi aspetti, che derivano esattamente dai dati che lei ci ha fornito. Mi auguro che la nostra Regione non perda ancora una volta questa grande occasione. Rispetto a trenta anni fa, oggi l'obbligatorietà di norme facilita questo aspetto.

Mi consenta di citare un ultimo elemento. Anche il comportamento di grande responsabilità dell'opposizione e del Gruppo che rappresento sta determinando le condizioni perché la Puglia sia veramente all'avanguardia. Noi abbiamo fatto proposte per l'assistenza, per i distretti sanitari di base, per i punti nascita, per i 18 ospedali, per la medicina territoriale prioritaria, per il personale, per gli stabilizzandi, per il problema della Tesoreria unica e per la certificazione dei bilanci. Abbiamo messo in campo tutto quello che potevamo. Grazie.

PRESIDENTE. Procediamo dando la parola ai Capigruppo, ma alternando quelli di maggioranza e di opposizione, perché svolgano interventi più corposi, inframezzandoli con gli interventi dei consiglieri.

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

ROMANO. Signor Presidente, naturalmente parlo a nome del Gruppo. Lo dico per annunciare che ho bisogno di qualche minuto in più di quelli previsti per i consiglieri.

PRESIDENTE. Che sia qualche minuto e non qualche quarto d'ora.

ROMANO. Non metta mano alla divina provvidenza.

PRESIDENTE. Lasci perdere la provvidenza.

ROMANO. Come dicevo, parlo a nome del Gruppo.

Riteniamo che l'introduzione dell'assessore sia un'occasione veramente importante offerta all'Assemblea elettiva per mettere ordine nella materia e cominciare a lavorare su un modello condiviso, che reingegnerizzi il sistema, perché la sfida è questa.

Di una cosa annunciata dall'assessore siamo profondamente convinti, ossia che i vincoli esterni soprattutto di natura finanziaria non ci consentono più di giocare, né di buttare la palla in calcio d'angolo.

Il Presidente Palese, molto puntuale nel suo intervento, concludeva enunciando l'elenco di attività legislative assunte come "contributo" a migliorare il sistema. Io dico al Presidente Palese che forse è giunto il momento politico, sul modello Monti per salvare l'Italia, di produrre meno azione legislativa di grandi proponenti e di arrivare al nocciolo e al sodo delle questioni, perché il sistema è veramente in grosse difficoltà.

In questi giorni ho avuto modo di ragionare su un fatto clamoroso che ha riguardato il Lazio, Roma, ma che può riguardare ovunque i grandi ospedali, e sulla risposta che a quel problema è stata data: l'elenco di lagnanze rispetto al Governo, in quella congiuntura politica particolare, e la decisione, da me non condivisa, di trovare la Croce Rossa sulla quale scaricare le pallottole del mitra.

In quel caso, sono stati i dirigenti dei reparti di pronto soccorso degli ospedali, che hanno sbagliato perché, in quanto dirigenti di secondo livello di una struttura così importante, avrebbero dovuto andare in giro per quell'ospedale, so-

prattutto nel pronto soccorso, per verificare la presenza delle barelle e del resto.

Il problema che sta venendo fuori in Italia è che il sistema sanitario non può più permettersi cose del genere, perché siamo arrivati a un punto di non ritorno, perché la risorsa finanziaria impegnata per garantire il sistema non è illimitata, non è infinita, e, qualora il nostro Stato dovesse decidere di renderla illimitata ed infinita, i vincoli esterni porrebbero lo Stato italiano in condizione di infrazione rispetto ai vincoli di bilancio che il sistema europeo e mondiale deve darsi.

Il problema c'è comunque, non voglio rimuoverlo, ma mi chiedo se il problema sia veramente la mancanza della risorsa umana professionalizzata e non il medico e l'infermiere, o il fatto che il sistema oggi ricovera il 60 per cento di patologie che non c'entrano niente con il pronto soccorso più importanti dell'ospedale di Roma, come del Policlinico di Bari, come del Perrino di Brindisi.

Se dobbiamo cominciare ad affrontare le questioni e a chiamarle con il loro nome, dobbiamo intanto procedere a una operazione di verità, laddove, pur rimanendo sottodimensionato il tema della risorsa impegnata nel sistema (medici e così via), partiamo da un errore di fondo, che, come ho detto anche in altre occasioni, assessore, è figlio del centrosinistra che governava allora.

Il tema delle Regioni dalle quali "partire per" nacque con la Ministra Bindi. Detto questo, che è l'errore originario che ci portò all'inferno, tutti i tentativi di andare in Purgatorio fatti dal Ministro Fitto rispetto al Governo Berlusconi, di correggere l'impostazione, di andare sui costi standard, di rivedere la spesa storica sono miseramente naufragati.

Con questo voglio dire che abbiamo la necessità di arrivare al cuore delle questioni e di trovare le soluzioni oggettivamente utili al sistema.

Come ho detto in altre occasioni, ritengo che la politica debba stare attenta all'approccio tecnico al governo dei processi in materia sanita-

ria. Non sono un tecnico, non sono un medico, sono un uomo impegnato in politica, però la lettura tecnica dei processi è una questione che potrebbe mettere in discussione i principi di base della legge n. 833: l'universalità, l'incidenza sul sistema fiscale del diritto alla salute da garantire e la qualità della prestazione.

Il dato che mi dice che l'ospedale della mia comunità è fruito per il 3 per cento dai residenti è un dato che a me non serve. Se infatti gli ospedali vanno fatti sul modello anglosassone *hub and spoke*, devono avere punte di eccellenza o altrimenti essere chiusi.

L'offerta di ospedalità non può essere rivolta al residente, ma deve essere di qualità dal Manzanarre al Reno, perché questo tutela l'universalità della prestazione e l'incidenza del costo della prestazione sul sistema fiscale complessivo.

Con questo voglio dire che il tema della risorsa impegnata è una questione – e arrivo al personale – che va affrontata e definita una volta per tutte senza pannicelli caldi, senza ricorso alla finestra non potendo entrare dalla porta, per cui è giusto il rilievo del Presidente Palese. Noi abbiamo un tesoretto che è figlio della gestione senza bilancio della sanità dell'anno precedente, senza atto aziendale, perché quando il DIEF arriva a dicembre stiamo parlando di un conto consuntivo, che ha consentito dei risparmi.

Questi risparmi, utilizzabili per il personale come da leggi operanti e vigenti, devono essere investiti tutti sulla risorsa umana, sul personale della stabilizzazione, trovando le forme e i modi attraverso i quali garantire la prestazione della precarietà di oggi fino al completamento del concorso. Non è possibile andare a deroghe alle leggi dello Stato, perché la deroga è un'altra cosa rispetto a questa problematica.

Stiamo arrivando anche al tema della internalizzazione. I servizi *core*, non *core*, quando, come, quanta e quale sperimentazione gestionale sono questioni che, in una cor-

nice di riferimento da assumere a livello regionale e a livello esecutivo da parte della Giunta regionale, devono seguire una direttrice che va data a tutte le ASL della Puglia. Non è più possibile gestire risposte sulla materia differenti da ASL ad ASL, interpretative da ASL ad ASL. Le diverse situazioni sono infatti differenti.

Veniamo anche alle scelte che vanno compiute oggi rispetto alla situazione che si è determinata nella nostra regione. Noi parliamo poco della medicina di prossimità, delle prestazioni e dell'appropriatezza della prescrizione. Parliamo soltanto ed esclusivamente, anche come impiego delle risorse finanziarie, di ospedale. Il Piano è agganciato e vincolato all'ospedale, al posto letto, al taglio, alla riconversione.

Questa situazione non regge più. Atteso che anche le direttrici lungo le quali deve svilupparsi il prossimo Piano della salute per l'Italia 2013-2015 ritornano ad avere al centro della problematica del modello organizzativo da costruire il prescrittore della spesa, del ricovero, della prestazione: il medico di base. I medici di medicina generale e i pediatri diventeranno infatti *obtorito collo* i riferimenti di queste scelte del futuro.

Tuttavia, assessore, questa cosa in Puglia l'abbiamo sperimentata con i SIAR. Oggi, dopo quello che è successo a Roma, il Ministro stabilisce che un certo ambulatorio deve essere aperto dalle 8.00 alle 18.00, ma noi medici in associazione in Puglia siamo stati costretti a bloccarci. Probabilmente le risorse del salario accessorio disponibili alla contrattazione regionale vanno impiegate e impegnate meglio, per trovare risposte di presa in carico dei codici bianchi, esattamente come facemmo qualche tempo fa sulla presa in carico del rischio cardiologico, cosa che rimase sulla carta e non fu mai applicata dalla contrattazione collettiva decentrata.

Sto cercando, assessore, di andare al cuore delle questioni. Del resto, è vero che abbiamo avuto gli importanti risparmi dei quali lei ha

parlato, però è altrettanto vero – e lei deve aiutare il sistema sanitario pugliese a passare alla storia, diciamolo enfaticamente, andando dentro alle questioni – che abbiamo avuto risparmi perché il sistema è andato a piè di lista in dodicesimi per tutto il 2011, atteso che il DIEF è stato licenziato prima di Natale ed era più un conto consuntivo che una ipotesi previsionale.

Per questo insisto nel dire – e in questo concordo pienamente con il Presidente Palese – che dalla dotazione organica all'atto aziendale bisogna mettere il *management* delle ASL, al quale abbiamo fornito competenza, professionalità, capacità, docenza. Devono mettere là uno di pietra, per produrre atti aziendali concertati con il sistema delle relazioni rappresentative del mondo del lavoro nel sistema sanitario.

La risorsa umana in un sistema complesso come questo è una risorsa dalla quale partire. La risorsa umana professionalizzata che ha deciso di acchiappare la finestra del pensionamento con le ultime vicende del 31 dicembre è una risorsa umana che può utilizzare le difficoltà di questo momento e l'approccio ragionieristico al governo di queste problematiche per andare via.

Noi abbiamo fatto il *day surgery*, il *day service*, che ha liberato anche prestazione ambulatoriale meno complessa, e abbiamo detto che il tunnel carpale non può più avere il ricovero. Ci siamo dimenticati il dito a scatto, ma i direttori generali non possono dire agli ortopedici della Puglia di fare altrove il dito a scatto che non è previsto nel *day service*, perché sta soffrendo la persona, cui il sistema deve rivolgere l'attenzione.

Invito l'assessore a tenere conto di questa discussione, perché è necessario considerare la difficoltà dovuta al contesto nazionale: la sottodotazione del personale rispetto alla partenza, il costo storico sottodimensionato rispetto alla popolazione, i progetti obiettivo che abbiamo fatto su patologie particolari, i progetti che abbiamo messo in campo anche

per tappare le falle di un sistema che non aveva personale in questi anni.

Se bisogna andare verso la soluzione della stabilizzazione, non possiamo dire al personale rimasto dentro, che ha utilizzato questa cosa per tappare le falle che le prestazioni vanno bloccate, che lo straordinario non può essere pagato, che non possiamo andare sulla convenzionata, non possiamo, non possiamo, non possiamo. Se c'è un rischio anche patrimoniale del *management* delle ASL, forse nelle more dell'accettazione di qualche risposta positiva da parte del Governo, va detto che su qualche argomento bisogna sforzarsi sino alla caparbietà, come dico anche al Presidente Monti che sta facendo la stessa cosa a proposito dell'articolo 18, e a cui il nostro Presidente Vendola suggerisce di cercare la concertazione, va detto ai direttori generali che la risorsa umana nel sistema non può più essere mortificata.

Rispetto alle scelte di taglio che dobbiamo ancora compiere, comprendo la relazione dell'ARES del 6 dicembre 2011 a proposito dello stato di attuazione del Piano di riordino della rete ospedaliera, firmata dal dirigente Attolini. Adesso però il dirigente Attolini è l'assessore regionale alla sanità, non più un tecnico, e bisogna fermarsi sulle dismissioni di presidi in Puglia, chiedendosi come sia conformato il suo territorio.

Giustamente nella relazione si dice lunghezza e larghezza cento chilometri, e, se è vero, 120 ospedali sono molti, ma passare da 120 a 40, 50, 60 è un rischio e un azzardo per il personale che comunque deve operare nelle corsie in sicurezza e per le persone. Gli ospedali di eccellenza da questo punto di vista vanno tutelati evitando i ricoveri impropri, non tagliando la prestazione.

Lei diceva una cosa sacrosanta: le tabelle di produzione dell'offerta ospedaliera, ossia appropriatezza, utilizzo dei posti letto, percentuale di utilizzo dei posti letto. Chiediamoci quindi cosa possa produrre un reparto di pneumologia senza primari, con un facente

funzioni per anni, a cui magari oggi andiamo a chiedere la percentuale di utilizzo di quel posto letto, o un reparto di ostetricia senza primario e senza personale, che utilizza la sala operatoria solo per otto ore. Cosa può produrre rispetto all'accesso del parto cesareo o del parto naturale?

Ho un messaggio per il Presidente Palese. Su questo splafonamento della spesa c'è di tutto e di più. Sono una persona molto attenta alle dinamiche della spesa applicate in sanità e nel 2006, su proposta dell'*omnibus* di allora, in quest'Aula ci fu un emendamento che invertiva il peso specifico del DRG sul parto cesareo e parto naturale, che è rimasto 60-40 nel riconoscimento. Chiedemmo nel 2006 che diventasse 40-60 a favore del parto naturale e quest'Aula lo bocciò, su iniziativa di quell'altra parte.

Questo dimostra che la consociazione probabilmente in quel sistema ha funzionato. Oggi non vi sono più i tempi per percorrere quella strada politica.

Chiudo dicendo al collega Palese che c'è la necessità, giusto modello Monti, di trovare un tavolo politico che prenda atto che la sanità è un problema della Puglia, e mi rivolgo anche al consigliere del FLI, Surico, un carissimo amico, perché abbiamo il dovere di prendere in mano la situazione e di lavorare insieme all'assessore per trovare soluzioni condivise.

È vero che non possiamo tagliare, ed è giusto che diventi un fatto politico. Il tavolo Massicci ci dice di non tagliare posti letto singoli, ma alcune discipline non hanno più bisogno di posti letto anche negli ospedali di eccellenza. Penso alle dermatologie, penso alle oculistiche che hanno 20 o 30 posti letto e sono reparti che il venerdì chiudono per riprendere il lunedì mattina, mentre magari in un altro reparto di ortopedia o di chirurgia c'è lo stress che può diventare anche patologia.

Il sistema non può permettersi queste cose, ma per andare a fondo e per incidere nelle scelte che dobbiamo compiere abbiamo bisogno di forza politica. Vogliamo dimostrarla

lavorando su criteri oggettivi, che valgano per tutta la Puglia per le scelte che ci piacciono, ma soprattutto per le scelte che possono nuocere politicamente. È questo il messaggio che lascio al Presidente Palese.

Sono giunti i tempi e abbiamo anche l'intelligenza e la capacità per dare alla Puglia un sistema efficace, efficiente, che tuteli l'universalità della prestazione al cittadino, del quale ogni tanto ci dimentichiamo l'esistenza.

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

SURICO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, assessore, la sua relazione non convince sotto il dato numerico, per cui chiederò al Presidente Introna di fornire quest'Aula di un pallottoliere, altrimenti non andiamo da nessuna parte.

Parto dai dati ufficiali del Ministero della salute inerenti il bilancio del 2010: 335 milioni di euro di deficit della Regione Puglia, mantenendo ferma la mobilità passiva all'anno 2009 di circa 169 milioni di euro, che chiaramente viene riportata poi successivamente a 4,20-4,60, adesso non ricordo bene.

Evidentemente in questa nazione si verificano dei miracoli, come il miracolo che è avvenuto nel Lazio, dove da 11 miliardi di euro di deficit per la sanità si è scesi ad 1 miliardo, tanto da indurre ieri il Presidente Monti a convocare la Presidente Polverini per chiarimenti in merito. Guarda caso il 20 febbraio il Ministero della salute pubblica i dati relativi al Piano di rientro per il 2011 e il giorno dopo oscura il sito, evidentemente perché tra quei dati si leggevano i bilanci reali e non quelli che lei oggi ci presenta qui, caro assessore, senza una correlazione di bilanci certificati delle ASL.

Lei ci vuol far credere che il Policlinico non abbia perso 170 milioni di euro come nel 2010, l'azienda Ospedali Riuniti 70 milioni e così via. In un solo colpo, questi enti sono di-

ventati virtuosi con la bacchetta magica, tanto da ridurre il disavanzo a 163 milioni di euro e la mobilità passiva, che a settembre era di 200 milioni di euro, a fronte di una mobilità attiva nettamente inferiore.

Per cui, assessore, la invito a fornirci dati corredati da bilanci certificati, come bene chiede la Regione Toscana, e lo chiederà domani al tavolo dove siederà lei per il riparto. Qui noi abbiamo tante ASL e tanti bilanci non omogenei, non certificati e sicuramente non corredati di tutto il disavanzo che queste ASL hanno di debito con i fornitori che fanno bilancio.

Parliamo di cose serie e di numeri seri, perché lei sa, caro assessore, che si erano sottoscritti degli accordi di programma, ex articolo 20. Non si capisce perché, a fronte di più di 27 milioni di euro, questa Regione iscriva in bilancio solo il 40 per cento (10 milioni di euro), bloccando imprese, bloccando l'ospedale Vito Fazzi di Lecce, bloccando gli Ospedali Riuniti di Foggia nella progettazione degli avanzamenti e delle ristrutturazioni, e rischiando soprattutto di perdere 500 milioni di euro, quando noi lasciamo intatti 55,8 milioni di euro per la costruzione del famigerato San Raffaele.

Quei soldi potevano essere impiegati per cercare di coprire il cofinanziamento per i fondi ex articolo 20, e non si capisce perché questa Giunta abbia liquidato 4,2 milioni di euro al San Raffaele (bilancio approvato a dicembre scorso) per spese di progettazione. Di progettazione di cosa? E parliamo di contenimento della spesa, di sacrifici? Spesa del personale: qui ci sono gli ex stabilizzati, 500 persone. Andiamo in deroga, però poi risparmiamo 60 milioni di euro sul personale. Come?

Il problema degli ex stabilizzati non lo abbiamo creato noi: lo avete creato voi e voi dovete risolverlo, e noi siamo disponibili – non da oggi – a trovare qualsiasi soluzione per questi medici, per questo personale che è stato illuso la prima e la seconda volta, raccoman-

dandogli di fare la conciliazione che oggi non si fa più.

Dobbiamo trovare un sistema, perché le persone hanno fatto delle previsioni sul loro futuro e voi li avete stabilizzati. Se il personale era in esubero, eravate senza dubbio in malafede, e non c'è peggior cosa che illudere le persone. Alle persone bisogna dire la verità.

Il collega Palese ha suggerito un percorso. Mi auguro che in tempi brevi questo problema si risolva una volta per tutte, perché loro non hanno commesso alcun reato né hanno forzato la mano, ma sono vittime di scellerata amministrazione.

Quando parliamo di spesa farmaceutica dobbiamo ricordare che erano previsti 100 milioni di euro, avete risparmiato 50 milioni a fronte di prescrizioni che si sono ridotte di poco, e gli altri 50 milioni di euro sono stati pagati dai cittadini, di tasca propria. I conti sono in regola, ma le tasche dei cittadini sono in rosso.

Cito sempre l'articolo del *Corriere della sera* di ieri, in *Mezzogiorno Economia*, laddove per la parte che riguarda la farmaceutica si viene fuori con scelte aziendali inopportune. Cosa significa «risparmiamo impedendo ai medici ospedalieri di prescrivere al momento della dimissione»: quale paziente più di quello dimesso ha bisogno della prescrizione ospedaliera? E dov'è il risparmio? Si possono anche adottare soluzioni diverse, cercando di distrarre l'attenzione pubblica, dicendo che da oggi la riabilitazione non si fa più in una sede ma si fa in un'altra, oggetto peraltro di indagini della magistratura in passato.

Diamoci una regola, assessore. So che lei è sensibile e ascolta con attenzione per la sua integrità morale, ma questa integrità deve essere su tutto il territorio delle ASL di questa Regione, e su questo lei è tenuto con il suo Presidente a sorvegliare, cosa che negli anni passati non è avvenuta.

Per non incorrere in un esercizio di commistione, seppur non volontaria, nelle scelte sciagurate che vengono fatte in alcune ASL,

prenda le distanze e raddrizzi la rotta, non faccia come il comandante Schettino.

Guardi poi anche alla situazione degli enti ecclesiastici. Qui apro una parentesi: risulta estremamente incomprensibile come con l'ente Miulli si firmi una transazione e il giorno dopo la si stracci e l'Amministrazione non dia seguito a quella transazione di 45 milioni di euro.

Allo stato attuale, la Regione dovrà pagare fino al 2008, oltre ai 45, altri 100 milioni di euro perché il Consiglio di Stato si è espresso in questo senso, così si esprimerà per San Giovanni Rotondo e per Tricase. Non fanno bilancio questi soldi o è la logica di prolungare e poi chi verrà se la vedrà? Non è così che si amministra la cosa pubblica, assessore.

Oggi abbiamo il dovere – e qui diamo la disponibilità – di trovare soluzioni condivise, ma razionali. Se un ente, seppur privato, viene riconosciuto con pubblico, il pubblico entra nella gestione di quell'ente attraverso fondazioni, spalmando il debito in tanti anni.

Io l'ho detto più volte ...

PRESIDENTE. Consigliere Surico, per cortesia, concluda. Le regole sono regole per tutti, anche per lei.

SURICO. Ho sfiorato di un minuto, ma chiudo.

PRESIDENTE. Lei aveva cinque minuti e abbiamo superato i dieci minuti.

SURICO. Va bene, grazie. Assessore, dia risposte molto più concrete non solo a noi, ma soprattutto ai cittadini pugliesi, medici e pazienti, che oggi hanno poche risposte e di bassa qualità, guardando il peso delle prestazioni per ciascun ospedale, che è al di sotto di uno ed è basso, come peso di prestazioni complessive, rispetto alle altre regioni. Grazie.

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

Se parla da Capogruppo, ha dieci minuti di tempo.

GIANFREDA. Signor Presidente, perché fa questo rilievo a me, quando gli altri Capi-gruppo hanno sfiorato abbondantemente?

PRESIDENTE. Ho soltanto chiesto, non è un rilievo.

GIANFREDA. Mi faccia parlare. Se mi serviranno dieci minuti, andrà bene così; ma se dovessi avere bisogno di dodici minuti, andrà bene così come per gli altri.

PRESIDENTE. Dodici minuti vanno bene.

GIANFREDA. Ero tranquillo e sereno, volevo fare un intervento pacato, ma lei ha la capacità di innervosirmi, Presidente.

PRESIDENTE. Le servo una camomilla.

GIANFREDA. Va bene. Devo darle atto, assessore, che per la prima volta un documento sulla sanità è scritto non solo per i medici, come coloro che mi hanno preceduto in questo dibattito, ma anche per un consigliere regionale che di medicina capisce poco. Le assicuro tuttavia, assessore, che di numeri capisco qualcosa.

Vengo a una prima osservazione. All'ultimo rigo della sua relazione leggo che «la Regione Puglia ha ridotto il disavanzo in un anno da circa 400 milioni strutturali a 163 milioni». La maggior parte di questi proviene dal risparmio della spesa farmaceutica e circa 70 milioni dal personale, però c'è un saldo non comprensibile dovuto al risparmio dato dalla chiusura di 19 ospedali.

Mi preoccupai già in sede di dibattito sul Piano di rientro di chiedere a chi l'ha preceduta quanto si risparmiasse per la chiusura di un piccolo ospedale. Non mi è stata data risposta allora e non mi viene data risposta oggi con questa sua chiara, ma tragica relazione.

Dirò perché è tragica, così come le ho già detto perché è chiara.

Sui risparmi condivido quanto ha suggerito Palese: i risparmi devono essere utilizzati per la stabilizzazione del personale, anche perché in merito alle lamentele dei direttori generali sulla carenza di personale in generale, se sono stati chiusi 18 e non 19 ospedali – poi diremo perché il diciannovesimo è ancora in piedi –, significa che i medici e gli infermieri degli ospedali chiusi sono andati in altre strutture ospedaliere, in altri reparti.

Nella sua relazione lei ha detto che per la Commissione Massicci era importante la chiusura di reparti e soprattutto la chiusura di ospedali. Anche qui ribadisco: quanto abbiamo risparmiato dalla chiusura di 18 ospedali? Non dobbiamo farci troppe illusioni, ma dobbiamo incalzare il *management* sulla riformulazione delle piante organiche, per comprendere le carenze effettive di personale.

Il secondo argomento riguarda i punti nascita. Ha ragione anche qui Palese a dire che dobbiamo presentarci con un Piano di razionalizzazione dei punti nascita, se possiamo ambire al riparto e quindi al ristoro dei 200 milioni di euro.

Le ho rivolto un'interrogazione alla quale aspetto risposta, assessore Attolini. Aspetto risposte a diverse interrogazioni che le avevo rivolto e non ho avuto ancora risposta. Una in particolare riguarda i punti nascita, perché dalla Commissione regionale sul percorso nascita evidenzio alcune anomalie. Questa Commissione ha definito alcuni parametri, di cui due importanti: il numero di abitanti per ogni provincia per il punto nascita pari a 150.000 e la dotazione strumentale e strutturale delle singole unità ospedaliere in cui individuare il punto nascita.

Qui le ho rilevato un'anomalia che riguarda solo la provincia di Lecce, che, come lei ben sa, ha 800.000 abitanti e a cui questa Commissione ha attribuito solo quattro punti nascita invece dei 5,37. Ha anche individuato l'allocazione di questi quattro punti nascita

che dovrebbero essere cinque anche in presidi ospedalieri che non hanno il reparto di rianimazione.

Ha inoltre individuato un criterio di territorialità, secondo cui, assessore Attolini, dovrebbe sorgere un punto nascita nei presidi ospedalieri di Gallipoli o di Casarano o di Scorrano e un altro tra Galatina e Copertino. Galatina e Copertino non hanno il reparto di rianimazione, per cui andremmo contro i criteri della stessa Commissione, ma, se il quarto punto nascita dovesse essere individuato a Gallipoli o Casarano, tutta l'area adriatica rimarrebbe scoperta.

Assessore Attolini, mi segua che può capirlo anche lei che non è ingegnere, non perché non capisca di medicina. Sto parlando di territorialità, sto dicendo che, nel caso in cui fosse ubicato a Gallipoli o a Casarano, tutta l'area adriatica rimarrebbe scoperta del punto nascita, per cui una cittadina di Poggiardo dovrebbe essere ricoverata nell'ospedale di Gallipoli distante 45 chilometri da Poggiardo o nell'ospedale di Casarano distante 32 chilometri.

La prima richiesta è quindi quella di varare subito il piano dei punti nascita della regione Puglia, per potersi sedere al tavolo delle trattative e aspirare ai 200 milioni di euro.

Veniamo a pag. 4 della sua relazione. I principi stabiliti dalla Giunta per i piccoli ospedali da chiudere prevedevano che dovesse avere un numero di posti letto inferiore a 70, un numero di reparti superiore a 3 e un dato fondamentale era l'utilizzazione dei residenti in quel territorio di tale ospedale.

Vado quindi a verificare i dati del 2009 paragonandoli con quelli del 2010 per i singoli ospedali che sono stati chiusi e trovo un risultato strabiliante, ossia che l'ospedale di Poggiardo, città con 6.134 abitanti, ha una percentuale di utilizzazione da parte dei suoi residenti di circa il 37 per cento nel 2009, dato che non si discosta molto da ciò che avviene nel 2010, quando su 4.153 ricoveri il 34,6 per cento è rappresentato da cittadini di Poggiar-

do. I colleghi della provincia di Lecce sanno che Poggiardo è baricentro di una situazione di abitabilità, di residenzialità estremamente diffusa attorno a Poggiardo in un raggio di cinque chilometri. Come dissi all'assessore Fiore e ribadisco a lei, assessore Attolini, gravitano 65.000 abitanti in un raggio di 5 chilometri.

Se quindi consideriamo non solo gli abitanti di Poggiardo, ma gli abitanti di quel comprensorio che fanno riferimento a Poggiardo anche per aspetti sanitari, se dovessimo prendere anche gli abitanti di Cerfignano, di Vitigliano, di Minervino, di Sanarica, di Giuggianello che si ricoverano a Poggiardo sicuramente arriveremmo al 70 per cento.

Mi chiedo quindi con quale criterio sia stata prevista la chiusura dell'ospedale di Poggiardo e per trasformarlo in cosa. Lei dice in cosa dovrà essere trasformato questo benedetto ospedale, che ha due sale operatorie nuove di zecca - i colleghi della provincia di Lecce sanno bene queste cose - e, mentre per le Maglie è previsto l'ambulatorio in *day service* cardiologico, endocrinologico e di piani terapeutici diabetologici, a Poggiardo non è previsto il *day service* con due sale operatorie.

Concludo questo intervento per stare nei dodici minuti, Presidente Introna, dicendo che con il suo predecessore, assessore Fiore, che aveva compreso le ragioni di questa stucchevole, ma ragionata ipotesi, eravamo d'intesa che ci saremmo incontrati insieme con i rappresentanti del territorio, i Sindaci di quel territorio, con il *management* della ASL per discutere della impossibilità di chiudere l'ospedale di Poggiardo, soprattutto il reparto di medicina e lungodegenza.

Oltre agli 800 posti letto di cui dovrà farsi carico nella seconda fase di attuazione del Piano di rientro, l'area adriatica della provincia di Lecce ne perderebbe ulteriori 30 solo di medicina. Rinnovo l'invito, assessore Attolini, affinché lei convochi il *management* della ASL di Lecce, i Sindaci di quel territorio e, se ha la bontà di convocare anche me e altri con-

siglieri regionali di quel territorio, verrò sicuramente volentieri, prima di far fare al *management* della ASL qualsiasi iniziativa di spostamento per la chiusura del nostro ospedale.

PRESIDENTE. Consentiamo all'assessore di allontanarsi qualche minuto.

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

Collega, la invito a non innervosirsi, perché quando si richiamano le regole non c'è motivo di innervosirsi. Le ricordo che, avendo il suo Capogruppo parlato per il tempo assegnato e avendolo anche superato, lei non è tenuto a parlare per più di cinque minuti.

Grazie, collega Cassano.

CASSANO. Senza camomilla, Presidente, inizio il mio intervento.

PRESIDENTE. Se la gradisce, mi deve solo dire se la vuole calda o fredda, con o senza buccia di limone.

CASSANO. Grazie, Presidente, magari dopo ci pensiamo. Vorrei fare una premessa in questo mio brevissimo intervento. Il nuovo assessore, per la verità, di responsabilità ne ha veramente poche. Tuttavia, ho ascoltato con attenzione gli interventi dei vari colleghi che mi hanno preceduto e devo dire che forse pensavano di parlare con il Presidente Vendola, ma sono rimasti delusi perché il Presidente Vendola, purtroppo, non c'è, essendo impegnato in cose molto più importanti del problema dei medici licenziati. Mi rendo conto che per il Presidente il problema della sanità è molto lieve e leggero, ma andiamo avanti.

Ho ascoltato anche l'intervento del collega Gianfreda, che ha parlato per tredici minuti del problema dell'ospedale di Poggiardo e non del problema generale, perché la sanità è un problema di un Comune e non di tutta questa Regione.

L'assessore sicuramente saprà fare molto

meglio di quello che hanno fatto gli assessori precedenti, però, più che interventi in Aula e considerazioni negli uffici, credo che lui debba fare delle scelte molto importanti. Parla di defianziamento della spesa della sanità in questa Regione, ma credo che questa Regione possa parlare di tutto, ma non di tutto il denaro che ha avuto in questi anni e delle possibilità di fare un piano sanitario serio. Per quanto riguarda il piano sanitario serio, nei vari giri che ognuno di noi fa si capisce che lo sperpero dei soldi pubblici...

PRESIDENTE. Prego i colleghi di lasciare i banchi della Giunta e di discutere di un argomento importante altrove.

Consigliere Cassano, avrà mezzo minuto in più.

CASSANO. È difficile, perché non c'è l'assessore e poi mi ritrovo persone che discutono mentre io parlo...

PRESIDENTE. Per la verità, sono colleghi.

CASSANO. Sì, però dovrebbero ascoltare invece di parlare di altro, di amministrative o di politiche del 2013, evidentemente.

La preghiera che rivolgo al nostro nuovo assessore, che credo sia persona veramente capace e perbene, è di ascoltare con attenzione quello che ha detto il Presidente Palese. Parlo prima di tutto del personale, perché ognuno di noi fa comunicati stampa, dichiara che dobbiamo riassumere il personale, ci preoccupiamo tutti di questa storia e poi passa il tempo e nessuno affronta veramente il problema.

Siccome quella del Presidente Rocco Palese è una proposta tecnica e non politica, perché è entrato proprio nel merito di come risolvere il problema del personale, vorrei sapere come e in quanto tempo si possa fare questo provvedimento rispetto a quello che i direttori generali non hanno ancora fatto rispet-

to alle piante organiche. Vorrei sapere se l'assessore abbia intenzione di scrivere una lettera, chiedendo ai Direttori generali di dare nel più breve tempo possibile delle risposte rispetto alle piante organiche.

Per risolvere questo problema oggi c'è un suggerimento tecnico, molto semplice rispetto a tutti gli interventi che si fanno. Credo che in pochissimo tempo questo problema si possa risolvere. Inizio da questo argomento, per poi parlare anche di questi dati, di questo documento, che per fortuna, come ha detto il collega Gianfreda, ci fa capire cosa stia succedendo e quale sia la situazione attuale della sanità in Puglia.

Quando si parla di ospedali e si ascoltano i colleghi si parla sempre dell'ospedale del proprio Comune, come se tutto quello che è accaduto in passato e quello che sta accadendo oggi non fosse servito a niente. Abbiamo detto che in Puglia 12 ospedali su 90 coprono il 50 per cento dei servizi. Chiedo allora all'assessore perché non copiare e rafforzare di conseguenza questi ospedali o altri nelle varie province, potenziandoli con più servizi e con più personale per risolvere i problemi dei cittadini.

Cito un esempio: sabato scorso sono stato all'ospedale di Santeramo, un ospedale intero - mi rivolgo ai medici presenti - di quattro o cinque piani, vuoto. C'erano tre o quattro persone nel laboratorio di analisi e cinque al piano terra. Tutti gli altri piani erano vuoti, con condizionatori accesi, luci accese, con uno spreco di denaro che fa paura. Se allora questi ospedali non funzionano, perché non iniziare a risparmiare?

Lo dico pubblicamente: ho chiamato il responsabile dell'Ufficio tecnico chiedendogli se si rendesse conto della situazione di Santeramo, che è un ospedale di fatto chiuso, ma con un personale seduto a non fare niente, mentre al Di Venere trovi il caos, con gente che non riesce a ricoverarsi, medici che mancano, reparti importanti come neurologia con pochissimi infermieri. Mi chiedo se sia così

difficile cambiare le regole di questa sanità, iniziando proprio dalle cose più semplici.

Questi soldi che si possono risparmiare immediatamente, da domani, possono essere investiti per assumere personale: è il personale che manca negli ospedali, sono le strutture che non servono più. In questo ospedale di Santeramo vuoto sono stati investiti tantissimi soldi fino a qualche mese fa, per poi lasciarlo inutilizzato.

Non voglio fare demagogia e non voglio parlare dell'ospedale del San Paolo, ma la richiesta che faccio all'assessore, che ritengo sia persona perbene, è di intervenire immediatamente nelle problematiche di tutti i giorni: quella dei medici, della mancanza del personale e della chiusura degli ospedali che di fatto non offrono più un servizio, ma sono un costo reale sulle nostre tasche, ospedali aperti che però non offrono un servizio.

Purtroppo devo chiudere, avrei voluto dire tante cose, ma mi rendo conto che è impossibile.

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

Ritengo di aver abbondantemente chiarito che sulla base del numero degli iscritti diamo la precedenza ai Capigruppo e alterniamo tra colleghi di maggioranza e colleghi di opposizione.

NEGRO. Signor Presidente, cari colleghi, carissimo assessore, parlare della sanità, anzi oserei dire sparare sulla sanità sarebbe come sparare sulla Croce Rossa. Occorrerebbero ore per denunciare le cose che non vanno, per parlare dei tanti problemi dei nostri concittadini in stato di bisogno per motivi di salute, che è la questione primaria.

Si è parlato già tanto e sono state tante le cose dette che sentiamo di condividere riguardo le criticità che il comparto della sanità dimostra nella nostra regione. Con senso di responsabilità e con l'atteggiamento di chi vuole dare un contributo costruttivo, perché

riteniamo che questo si attendano i nostri cittadini, l'UDC evita di ritornare su questi argomenti e in questa importante discussione – ringraziamo l'assessore Attolini per l'ampia relazione – desidera avanzare delle proposte e dei suggerimenti.

Come ricorderete tutti, l'UDC ha approvato il Piano di rientro, seppure dai banchi dell'opposizione, un'opposizione allora diversa, distante dall'altra, ma constatiamo quotidianamente con soddisfazione come anche l'altra opposizione, quella del PDL, negli ultimi mesi abbia assunto con senso di responsabilità un atteggiamento diverso.

Cari colleghi, siamo in Puglia e viviamo ovviamente un momento delicatissimo come tutto il nostro Paese, per cui riteniamo oggi di voler esprimere un atteggiamento che abbiamo invocato per anni sin dal 2008, e che finalmente in Italia si è concretizzato. Parlo di un Governo di ampia convergenza, che ha salvato l'Italia dal baratro.

Certo, c'è tanto da fare, però a nessuno sfugge come il Governo Monti, di cui l'UDC è il primo grande sostenitore, insieme al PDL e al PD, ci abbia salvati dalla fine che stanno per fare altri partner europei. Certo – lo riconosciamo anche in questa sede – ciò avviene con sacrifici anche e soprattutto del Partito Democratico, che, pur consapevole di poter vincere facilmente le elezioni con lo schieramento del centrosinistra, ha preferito la strada della responsabilità.

Ecco perché il nostro atteggiamento sia in fase di approvazione del Piano di rientro, sia in questi momenti è sempre improntato alla responsabilità, magari rinunciando al voto di chi subisce sulla propria pelle i ritardi, le lacune del sistema sanitario regionale, o a qualche applauso da parte di chi si vuole opporre a questo Governo. Il nostro senso di responsabilità ci fa tenere questa posizione.

Abbiamo approvato il Piano di rientro, caro assessore, e lo abbiamo fatto per evitare alla nostra Regione il commissariamento. Lo abbiamo fatto consapevoli di come in quel

momento quel Piano – lo diciamo senza riaprire polemiche, ma solo per testimoniare l'importanza di quel voto – fosse imposto dal Governo nazionale per lo sfioramento del Patto di stabilità.

Ovviamente, nulla a che vedere con i conti del Sistema sanitario regionale, nulla a che vedere con l'azione di tutto il Consiglio regionale, e non solo del Governo, sul comparto della sanità.

Nell'approvarlo dicemmo che, oltre al senso di responsabilità, ritenevamo che l'imposizione del Piano di rientro fosse un'occasione anche per riformare e ristrutturare tutto il nostro sistema, perché non si poteva sostenere ancora l'esistenza di piccolissimi ospedali al di sotto dei 70 posti letto, che rappresentavano un costo che la Regione non poteva permettersi di sopportare, oltre a un'evidente disfunzione che tali strutture presentavano nei confronti dei cittadini bisognosi di salute.

Nel sottolineare questa occasione dichiarammo al Governo regionale che avremmo approvato questo piano ad alcune condizioni, e condizionammo il nostro voto favorevole innanzitutto a un'immediata riconversione delle strutture ospedaliere che si dismettevano. Caro assessore, queste sono le questioni più importanti che l'UDC pose in occasione del voto: la riconversione delle strutture ospedaliere dismesse, l'avvio della costruzione dei nuovi ospedali e la ricerca delle zone di spreco economico nel sistema sanitario regionale e quindi la loro eliminazione, anche con l'avvio della Commissione d'indagine sugli sprechi nel sistema sanitario, approvato all'unanimità dai consiglieri.

Oggi, dobbiamo fare una riflessione sullo stato di avanzamento del Piano di rientro, controllando se tutte le voci siano state effettivamente realizzate o siano in corso di realizzazione, accelerandone eventualmente l'attuazione.

Gli ospedali sono stati dismessi, caro assessore, però, come qualche collega ricordava, le riconversioni ancora tardano a venire. Senza voler peccare di particolare attenzione

verso il territorio in cui viviamo e che ci elegge per rappresentarne gli interessi, in provincia di Lecce (ma il discorso è generalizzato) non abbiamo ancora assistito a dismissioni di ospedali.

Da mesi si attende l'avvio della Casa della Salute qui, della nuova struttura lì, ma non si vedono ancora iniziative concrete, sebbene avessimo sottolineato l'importanza di assicurare la contestualità delle azioni proprio per non dare ai cittadini l'idea che sia facile tagliare e chiudere i servizi, e che poi le promesse non vengano mantenute e diventi più difficile conservare la fiducia degli elettori.

Il primo sollecito che ci permettiamo di fare è di accelerare la riconversione di queste strutture dismesse. Il secondo sollecito riguarda l'avvio della costruzione dei nuovi ospedali. Il Governo regionale aveva assunto l'impegno di avviare i *project financing* della provincia di Lecce, che però sono partiti e sono morti. Non si riesce a comprenderne il motivo, salvo poi qualche posizione personale della Direzione che a suo tempo contestammo perché si permetteva perfino di dichiararsi non favorevole alla costruzione di nuovi ospedali. Su questa affermazione della Direzione di Lecce mi soffermerò a breve su un altro problema che l'UDC ha avanzato in questi mesi.

Bisogna dare risposte al territorio sui nuovi ospedali e spiegare se non ci sia più la volontà di realizzarli. Sarebbe un grave errore, perché abbiamo promesso ai nostri territori che avremmo chiuso questi ospedali che tali non erano più, queste "medicherie" da 50, 60 o 70 posti letto, per realizzare nel caso della provincia di Lecce i 4 grandi poli ospedalieri, che dovevano servire, oltre all'esistente Vito Fazzi e al polo di Tricase, il settore adriatico e il settore jonico.

Questa è una sollecitazione che le facciamo, assessore. Siamo sempre convinti che quella Commissione di indagine sugli sprechi non solo sia opportuna, ma rappresenti sempre di più una necessità. Questo è il nostro

convincimento. Nelle scorse settimane abbiamo chiesto di discutere nella III Commissione della *governance* del comparto della sanità, perché notiamo delle disfunzioni, delle discrepanze che si ripercuotono negativamente in termini di fiducia sui cittadini.

Ci sono ASL che rispetto al problema delle internalizzazioni continuano ad avere comportamenti diversi, ASL che rispetto alla destabilizzazione dei medici a seguito della sentenza della Corte costituzionale hanno adottato atteggiamenti diversi. Ci sono direttori generali che si permettono di contrastare le affermazioni del Governo regionale o dell'assessore su determinati problemi.

Consideriamo necessaria una rivisitazione, caro assessore, perché non è tollerabile che questo avvenga, non solo perché creiamo disfunzioni nell'erogazione di un servizio importante quale quello sanitario, ma anche perché perdiamo credibilità.

Alla fine di tutto il percorso, infatti, difficilmente il cittadino imputa le cose che non vanno al direttore generale, al direttore sanitario, al direttore dell'ARES: la colpa viene attribuita al Governo, all'assessore, al Consiglio regionale.

Con queste sollecitazioni, assessore, noi garantiamo come Gruppo la nostra disponibilità a collaborare, a cercare di instaurare nella Regione un clima politico costruttivo soprattutto nel comparto della sanità, pur conservando ruoli distinti, così come è avvenuto a livello nazionale; un clima che affronti in positivo i problemi, perché la gente ha bisogno della risoluzione di questi problemi.

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

PASTORE. Stavo sorridendo per la battuta giusta di un collega tra i banchi: cosa può interessare a 5 milioni di abitanti pugliesi del nostro intervento? Ha ragione, perché con 5 milioni di pugliesi che un giorno avranno bisogno del predominio della finanza sull'assistenza

penso che ogni tanto il pugliese debba fare una riflessione, e nelle istituzioni soprattutto i giovani come me che si apprestano per la prima legislatura a varcare queste sedi, questa bella Assise partecipata da colleghi e assessori, vogliono dare un piccolo contributo rispetto a questo predominio della finanza sull'assistenza.

Desidero quindi dare il mio piccolo contributo, perché da sempre sono contrario a quelle politiche di gestione dei servizi improntate soprattutto sulla logica ragionieristica e insensibili ai bisogni delle persone.

Quando si parla del Patto per la salute, si parla essenzialmente di sacrifici, ma ci si occupa dei vari Piani di riordino solo per la congiuntura italiana, europea, mondiale, senza la quale probabilmente non si parlerebbe di quel sistema balordo, da tanti anni adottato nel settore sanitario. La sanità resterebbe come è stata fino a questo momento, resterebbero gli ospedali o i tanti nosocomi, con affitti senza controllo. Probabilmente, se non ci fosse una crisi in atto, non si parlerebbe di sanità.

In questo momento di crisi c'è sicuramente un definanziamento del sistema sanitario, che ci ha portato negli ultimi mesi a un primo Piano di rientro, mentre adesso ci accingiamo a un secondo Piano di riordino e sicuramente anche di rientro, che mortifica me ma soprattutto la gente.

Attraversando i vari nosocomi, viviamo giornate veramente infernali, soprattutto quando ci si reca nei cosiddetti "ospedali di eccellenza". Sul mio territorio ne ho uno che non cito, altrimenti qualche collega mi accuserebbe di citare sempre Barletta, sempre la BAT. L'ospedale di Barletta è uno degli ospedali che dovrebbero diventare di eccellenza.

Dal definanziamento del sistema sanitario arriviamo soprattutto alla mancanza dei servizi per la salute. In base a un ragionamento ragionieristico, la cosa più semplice è il taglio dei posti letto. Questi posti letto vengono tagliati linearmente, senza fare una valutazione

attenta delle zone, degli ospedali, dei territori, per cui, se il 10 per cento deve essere tagliato a Brindisi o nella BAT, il 10 per cento viene tagliato anche a Bari, a Lecce o a Foggia, non tenendo conto della popolazione. Questi sono temi purtroppo inascoltati in Consiglio regionale o nelle varie Commissioni che mi hanno visto partecipare. Si continua a procedere con i documenti su questa falsariga.

Con il definanziamento del sistema sanitario si mette mano nelle tasche dei cittadini attraverso il *ticket*, si pensa ai tanti tagli, ma non si pensa – e sono d'accordo con il collega Palese – ai veri sprechi della sanità.

Voglio complimentarmi con il nuovo assessore, Attolini, perché per la prima volta ci ha dato un documento quantomeno leggibile. L'assessore si chiede di quale modello di sanità l'Italia e anche la Regione Puglia si debbano dotare.

Per quanto riguarda piccoli suggerimenti e margini di miglioramento di questo sistema e di questo modello della sanità, essendo un uomo che vive a contatto con la gente e che frequenta quei luoghi per questioni di famiglia e per situazioni personali, penso innanzitutto alla geografia, perché, se non conosco la geografia, non posso fare nessuna storia, non posso raccontare favole alle persone. La geografia è quindi essenziale.

Voglio capire, in accordo con il collega Palese, se queste piante organiche nelle varie ASL esistono o non esistono. Solo quando avrò una pianta organica, infatti, conoscerò l'esistente e potrò valutare cosa eventualmente mettere a bando o reperire attraverso altri contratti, ma senza questo non so come andare avanti.

I vari *manager* che abbiamo nominato sono grandi persone e provengono da grandi scuole accademiche, chi dalla Bocconi, chi dall'esperienza sanitaria. A questi signori e alla politica suggerisco di scendere dal piedistallo e di venire con noi tra la gente per sentire cosa dice, di percorrere le corsie degli ospedali.

Le persone non vogliono pagare ancora, perché già pagano e vengono tassate per ben altre cose, ma non posso vedere in un ospedale di eccellenza pazienti ricoverati nei corridoi! Non posso vedere file lunghissime per avere una radiografia, una TAC o qualsiasi altro servizio. Non è possibile! Alla gente interessa poco di questo ragionamento, tanto che a noi che ci mettiamo la faccia e incontriamo queste persone viene chiesto cosa facciamo. A volte, purtroppo, non sappiamo cosa rispondere.

Voglio concludere, ma ci sarebbe molto da parlare. Purtroppo sono temi che appassionano, come il pronto soccorso, assessore, di cui abbiamo parlato personalmente.

Le sale di rianimazione sono talmente zeppe che non sappiamo più dove mettere i poveri cittadini e i poveri parenti. Stiamo affrontando la questione dei punti di nascita e speriamo di accelerare, con un discorso che deve iniziare con la prevenzione, perché, se non mettiamo mano alla prevenzione, non usciremo mai da questo vincolo. Potremmo chiudere tutti gli ospedali di questo mondo, ma, se non iniziamo dal primo cerchio, non riusciremo sicuramente a uscirne fuori.

Concludo sulle stabilizzazioni. Ritorno al ragionamento sulle piante organiche e a quando gli operatori mi incontrano in strada, durante il mio percorso quotidiano da casa all'ufficio, e mi chiedono informazioni. Rispondo di non saperne nulla. Qui sono d'accordo con il collega Negro: la politica deve riacquistare il significato del termine "politica" o altrimenti è meglio che ce ne andiamo tutti a casa! Non scaldiamo queste sedie, tra l'altro anche abbastanza calde, perché, se non sappiamo metterci in relazione con chi governa, chi agisce e chi deve fare il proprio dovere come i *manager*, non usciamo da questa storia.

Invito quindi l'assessore a proseguire sulla strada della stabilizzazione, senza però perdere tempo andando dietro alle chimere. Dobbiamo stabilizzare questi colleghi, che per in-

cidenti di percorso amministrativo hanno subito le scelte degli assessori di allora, che hanno messo in campo questa procedura, che sin dal 2007 non ho mai condiviso. Sono qui presenti testimoni – non ero consigliere regionale – del fatto che non ho mai condiviso questa storia.

Cosa fare? Quello che sta facendo. Stia a Roma dalla mattina alla sera, interloquisca con il Ministero dell'economia, con il Ministero della salute, con il Presidente Monti, si faccia aiutare dai Ministri e dagli ex Ministri, risolva il problema come si è risolto quello degli ex dipendenti.

Mi auguro che si abbia finalmente il coraggio di guardare a questo sistema dalla sanità così sballato dalla sua radice, senza fermarsi su situazioni di tipo lobbistico, di interessi personali, di cricche o di grandi luminari, esclusivamente interessati a portare a casa il proprio risultato accademico o economico.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MANIGLIO

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

ZULLO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, assessore, tre concetti sono stati espressi e coniugati nel dibattito che mi ha preceduto. Abbiamo parlato di Piano di rientro come una grande opportunità per riorganizzare il servizio sanitario pugliese, così come abbiamo enfatizzato in questo dibattito i risultati di questo primo anno di gestione del Piano di rientro. Dall'altra parte, è emersa anche un'esigenza forte, quella di tener conto della risorsa umana professionalizzata. I tre concetti sono concatenati.

Se vogliamo cogliere le opportunità che questo Piano di rientro si prefigge di offrire e se abbiamo enfatizzato i risultati di questo primo anno di gestione del Piano di rientro, è evidente che un merito va alle risorse umane che sono a servizio della sanità pugliese e che

si sono professionalizzate, che noi abbiamo stabilizzato e poi destabilizzato e abbandonato al loro destino.

Dobbiamo utilizzare queste risorse umane, che sono oltremodo necessarie per cogliere le opportunità di riorganizzazione del Piano di rientro, ma anche per continuare a enfatizzare i risultati della gestione del Piano di rientro, caro assessore.

Le risorse umane sono a nostra disposizione, inserite nei processi organizzativi e lavorativi delle nostre aziende, che senza di loro sarebbero al collasso. Sono utilizzate per il servizio, ma devo dire, assessore, che nel febbraio 2010 – lei non c'era ma io ero presente – quando è stata fatta quella legge pur sapendo di legiferare una norma anticostituzionale, cocciutamente il Presidente Vendola non voleva ascoltare questa parte del Consiglio che raccomandava di fermarsi, prendere questa norma costituzionale e andare avanti.

Anche noi eravamo per la stabilizzazione, ma cocciutamente non lo si è voluto fare, tradendo di fatto un principio che si andava professando. Il Presidente Vendola professa il principio della stabilità del lavoro, ma nei fatti mantiene in piedi un sistema che è in sostanza la precarizzazione del lavoro.

Dico questo perché, a fronte di una sentenza del Tribunale di Trani secondo cui le sentenze della Corte costituzionale non possono applicarsi retroattivamente a rapporti di lavoro consolidati con concorsi in precedenza, se fossi stato Vendola, avendo a cuore la stabilità del lavoro, avrei conto al balzo l'occasione e avrei applicato quel principio giuridico a tutti i dipendenti, stabilizzando il lavoro di tutti.

Invece – è qui la falsità ideologica del nostro Presidente – ha atteso che altre autorità giudiziarie si pronunciasse, per mantenere una situazione che non giova a nessuno: non giova ai nostri pazienti, non giova ai nostri lavoratori, non giova neanche a lei, caro assessore, perché adesso si ritrova in mano un problema difficile da gestire.

Eppure – devo citare questa reminiscenza storica – qui abbiamo approvato più ordini del giorno per andare verso questa soluzione, e il suo predecessore aveva confezionato una delibera che dava speranze e spazio alle aspettative dei lavoratori, cui era direttamente rivolta, ma che poi a cascata ricadeva sui nostri pazienti, garantendo loro efficienza, efficacia e qualità dei servizi. Si riprenda in mano quel provvedimento e si dia risposta, perché tutti gli altri provvedimenti che possiamo intraprendere, le piante organiche e via elencando, prevedono tempi che non coincidono con le necessità del momento.

Le posso preannunciare, caro assessore, che la mia parte politica parlamentare, così come si è mostrata disponibile nel risolvere il problema per i dirigenti della Regione retrocessi e ora riammessi grazie a una norma, è disponibile anche in questa situazione a interagire con lei e a ristabilire quella che è una necessità per i pazienti, per il sistema, per i lavoratori, ovvero la stabilità del lavoro. Se il Presidente Vendola è veramente per la stabilità del lavoro, non può perdere questa occasione.

Dico questo perché, se il Piano di rientro è un'opportunità, abbiamo la necessità di ridurre la quota di inappropriatazza di ricoveri descritta in questo documento, che poi è in assoluto la fonte degli sprechi. E come possiamo ridurre l'inappropriatazza dei ricoveri, se non ci avviamo al reale potenziamento dei servizi alternativi al ricovero?

Del resto, parliamo sempre di potenziamento del territorio, della rete dei distretti, delle reti integrate di assistenza, ma di fatto ne parliamo solamente senza realizzare nulla, e nei documenti troviamo sempre scritto “da realizzare”, “da definire”, “da attivare”, ma ci ritroviamo dinanzi a chiusure che impediscono di attivare servizi alternativi al ricovero.

Rischiamo di trovarci di fronte a un grosso dilemma. Quando guardiamo alle nostre contabilità interne, è evidente che possiamo enfatizzare i risultati, ma quando *a posteriori* (e

molto spesso avviene dopo un anno) abbiamo i conti della mobilità esterna potremmo piangere lacrime amare, perché i servizi che non si assicurano in questa regione vengono assicurati in altre regioni. Questo aggrava il bilancio regionale con effetti imprevisi e imprevedibili, che si riversano sull'efficienza e sulla qualità dei servizi.

Il personale è quanto di più necessario per far funzionare questo servizio sanitario regionale. Abbiamo bisogno di loro ed è con loro che dobbiamo riorganizzare il servizio. Non possiamo andare oltre loro, oltre chi è organicamente inserito nei processi produttivi delle nostre aziende, all'interno dell'organizzazione delle nostre aziende. Non si può mantenere in Puglia una situazione in cui alcuni, attraverso le conciliazioni, hanno raggiunto l'obiettivo della stabilità, ed altri invece non possono raggiungerlo.

Il senso di giustizia non può essere fuori dalla politica, ma deve essere dentro la politica, perché i cittadini devono essere tutti uguali e non possono esserci cittadini di serie A e cittadini di serie B, così come nel nostro servizio sanitario regionale non possono esistere operatori di serie A che per motivi legati alla tempistica, alla fortuna o all'efficienza ed efficacia della loro Direzione generale hanno raggiunto la meta, e operatori di serie B, che per colpa della tempistica o più spesso dell'inefficienza e dell'inefficacia gestionale delle loro Direzioni generali sono qui a pagare le ansie e le pene di una meta che diventa quasi irraggiungibile.

PRESIDENTE. Consigliere, siamo a otto minuti.

ZULLO. Presidente, ancora un minuto e concludo. Assessore, lei oggi ha toccato poco il discorso dei de-stabilizzati. I colleghi Pastore e Romano parlavano di questa risorsa professionalizzata da valorizzare, e anche da questi banchi si sono levate voci in questo senso, ma noi abbiamo bisogno di capire quale sia il

suo orientamento, quale via stia seguendo o vorrebbe seguire, non per ostacolarla, ma per agevolarla.

Noi siamo con lei su questa strada, ma se la nostra parte politica parlamentare deve accompagnarla in una strada, in un processo, in un meccanismo, in un percorso, le garantisco che tutto il mondo politico di questa parte del Consiglio, del PdL, è con lei e la sosterrà. Non produciamo, però, in Puglia cittadini lavoratori di serie A, che hanno ottenuto la stabilizzazione del lavoro, e cittadini lavoratori di serie B per i quali questa stabilità del lavoro diventa una chimera.

Dobbiamo andare verso quella che è l'aspirazione più grande del Presidente Vendola, che nel dire è un maestro e dice di essere per la stabilità del lavoro, ma nel fare non può dare esempi e lezioni a nessuno, perché di fatto, invece, determina la precarizzazione del lavoro, e purtroppo non solo nella sanità. È il grande *bluff* del suo Presidente.

So che lei sarà diverso. Il Presidente Vendola si dichiarava diverso, eversivo e pericoloso: ecco, lui è veramente pericoloso, mentre lei è una persona seria. Grazie.

PRESIDENTE. Naturalmente il collega Zullo ha raddoppiato i tempi. Mi auguro che altrettanto non facciano gli altri colleghi.

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

MAZZA. Signor Presidente, farò solo una semplice integrazione alle considerazioni del collega Gianfreda sul 2 per cento della Puglia, integrando brevemente sul restante 98 per cento.

Abbiamo assistito a delle belle diagnosi – per rimanere correttamente nei termini che stiamo utilizzando in sanità –, delle ricognizioni dei sintomi, però manca la terapia e nessuno prova a suggerire quale possa essere.

I sintomi sono quelli per cui la gente si trova dinanzi ad attese sempre più lunghe, a non trovare o a trovare con difficoltà il posto letto

quando viene richiesto, a dover spendere di più perché sono stati introdotti dei *ticket*. Secondo la diagnosi, tutto questo è dovuto al Piano di rientro, che poi l'abbia imposto il Governo o l'abbia provocato la Regione Puglia negli anni precedenti è ovviamente oggetto della discussione.

Che cosa si propone per poter avviare a tutto questo? Noi abbiamo sicuramente dei problemi seri come quello dei precari, di coloro che avevano il miraggio del posto del lavoro, che rappresentano un problema sociale che si inserisce nel contesto del problema dei pazienti. Alla fine, i pazienti non hanno più quello che si aspettavano in termini di prevenzione, di velocità di diagnosi, di assistenza adeguata. I cittadini – lo ricordo – devono ricorrere ancora per un importo di almeno 300 milioni di euro all'anno a strutture al di fuori di questa regione a torto o a ragione, ma il dato di fatto è che vi ricorrono.

Cito un altro aspetto. Il collega Surico ha sollevato un problema che secondo me deriva dal passato, a quando gli enti ecclesiastici e altre strutture private con una larghezza di prestazioni rispondevano facilmente al richiamo dei pazienti con prestazioni che potevano essere fatte altrove, per cui alla fine i costi sono lievitati e oggi ovviamente c'è un giusto reclamo da parte della Regione Puglia. Questi sono tutti problemi.

Sostengo che, se vogliamo riaffrontare adeguatamente la situazione, aspettandoci un'ulteriore decurtazione economica, come diceva l'assessore, dobbiamo concentrarci, come del resto abbiamo cercato di fare in questi due anni, su una questione che in sanità si chiama efficienza, efficacia e professionalità. Si tratta in altre parole di fare economia sul ritorno al lavoro vero dei professionisti e sulla valorizzazione di coloro che sanno fare bene il mestiere.

Come si fa a ritornare a questo? Purtroppo, qualcuno ha sollevato il problema della presenza di sacche di inefficienza, di sprechi negli esami, nelle terapie, nei ricoveri che si

prolungano, in antibiotici inutili: tutto questo esiste e comporta grossi esborsi economici alla fine dell'anno.

Ho avuto modo di sottolineare quella che potrebbe essere la chiave di volta di tutto questo, ed è un *leitmotiv* che ricorre anche nella politica nazionale. Se dobbiamo parlare di liberalizzazioni, perché non parlarne anche in sanità? Esistono degli operatori "a spasso", dei medici precari, dei professionisti poco valorizzati: perché non convenzionare tutti in questo sistema sanitario?

Qualcuno potrebbe sostenere che si spenderebbe di più, ma credo invece che si spenderebbe di meno, perché da questo deriva quella che una volta era la sana concorrenza della responsabilità del medico. Si deve tornare in qualche modo a chi si assume le responsabilità, e oggi il problema maggiore – sto sconfinando un po', ma cerco di chiudere rapidamente – è quello della deresponsabilizzazione. Ho la mia personale esperienza in un reparto ospedaliero, che vive come un paziente possa fare un percorso prolungato o un percorso più breve, a seconda di chi lo affronta. Non vi dico che ci siano due differenti risultati, perché il risultato può essere anche migliore quando il percorso è breve.

È su questo che bisogna lavorare, sul recupero della responsabilità. Vi ricordo che gli ospedali, soprattutto in periferia, spendono dal 20 al 30 per cento in medicina difensiva, e questo è un ulteriore esempio di come la professionalità venga accantonata per difendersi dalle problematiche legate al non aver fatto degli esami.

Mi fermo qui. Porto questo Consiglio regionale autorevole, che ovviamente sa fare correttamente le diagnosi, a pensare alle terapie, a viverle insieme trasversalmente, come si è detto più volte, perché non c'è più un discorso nettamente di destra o nettamente di sinistra, ma ci sono dei percorsi, delle idee per tutti.

Ormai siamo abituati a pensare che in Italia l'assistenza debba essere per lo più gratuita, e

questo ovviamente si coniuga con un discorso fiscale, come qualcuno ha detto, ma anche al fatto che una buona fetta di gente oggi non può permettersi di pagare. Di questo dobbiamo tener conto e attorno a questo che è condiviso dalla destra e dalla sinistra dobbiamo creare un sistema efficiente, professionale, che guardi comunque al futuro. Grazie.

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

DAMONE. Signor Presidente, colleghi, quando si parla di sanità, ovviamente tutti riteniamo di avere una ricetta in tasca e avvertiamo il diritto di criticare. Innanzitutto voglio pubblicamente dare atto alla Giunta regionale di aver scelto per la prima volta, nominando il Commissario dell'Azienda sanitaria di Foggia, un dirigente altamente qualificato, persona perbene, per dirigere l'azienda sanitaria.

È la prima volta che questo avviene, che non siamo stati più considerati soggetti da conquistare, ma abbiamo avuto la presenza di un endogeno a livello aziendale, e siamo convinti che con un dialogo e con un confronto serio e onesto potremo dare risposte diverse, fin qui non pervenute.

Non me la sento di aggredire l'assessore o il sistema sanitario regionale. Secondo me, le idee camminano con i piedi degli uomini e bisogna guardare in faccia la realtà, valutando le prestazioni dei soggetti che operano nella sanità, perché in sala operatoria non va l'assessore Attolini, al pronto soccorso non c'è l'assessore Attolini.

Dobbiamo qui sforzarci insieme di emanare suggerimenti per un'organizzazione capillare diversa dal passato, e soprattutto bisogna andare alla ricerca di una cultura rivoluzionaria, completamente diversa. Noi dobbiamo dire ai professionisti, ai medici, agli infermieri, agli operatori, che si va nella struttura sanitaria non per ricevere uno stipendio, ma per assistere l'ammalato. Non si può penalizzare personale medico al quale non si danno cer-

tezze del domani e che si obbliga soltanto alla lotta, gomito a gomito, per occupare una posizione. Abbiamo bisogno di professionisti che devono rincorrere la qualificazione e la ricerca.

Purtroppo, nella nostra regione Puglia vi sono delle eccellenze che vengono sottaciute.

Due giorni fa, mi sono permesso di stendere un comunicato stampa a favore del professor D'Angelo, che, nella Casa Sollievo della Sofferenza, unico in Italia, ha eseguito due interventi di aneurisma a cuore bloccato, ai quali ha accennato soltanto il TG3.

La settimana scorsa abbiamo avuto le ispezioni dei NAS al pronto soccorso di Foggia. Vi posso assicurare che, essendo la sanità pugliese mal posizionata, ritenevano di avere riscontri negativi, mentre non soltanto hanno preso atto dell'organizzazione di quel pronto soccorso, ma hanno anche elogiato il Direttore sanitario presente all'ispezione.

Conoscendo personalmente da molti anni il Direttore sanitario del Policlinico di Bari, posso affermare che secondo me è "il medico", perché sta in ospedale dalle 8.00 di mattina fino alle 23.00, se necessario va a casa degli ammalati, non pensa ai soldi, ma tiene alla sua qualificazione professionale.

I nostri ospedali diventano spesso stipendifici, dove bisogna andare per riscuotere lo stipendio a fine mese. Noi invece dobbiamo stimolare la classe medica e soprattutto i giovani medici, che hanno voglia di arrivare e di qualificarsi, a frequentare anche a spese della Regione le strutture altamente qualificate del nord Italia.

Con questa logica, con questa politica, con questa filosofia evitiamo anche di trasmettere un certo tipo di messaggio, come è avvenuto ieri mattina, per il caso molto delicato di una bambina di quindici anni, per la quale siamo stati costretti a organizzare in elisoccorso un trasporto da Foggia al Besta di Milano. Dobbiamo invece mandare i nostri a Milano, a Bologna, nei centri altamente qualificati a

spese della sanità pugliese, per poter avere il ritorno assistenziale qualificato.

Sotto questo aspetto, un'attenzione particolare va rivolta ai medici generici. Non è più possibile che il medico generico, con un foglietto di carta e una matita, possa determinare le sorti economiche e finanziarie di un'intera regione. Non è più concepibile che per un menisco si debba fare la radiologia, la TAC e la risonanza magnetica.

I medici del passato non avevano gli strumenti necessari a disposizione. Non possiamo consentire a questi soggetti di essere soltanto impiegati della sanità, perché questo fanno i medici generici, mentre sono molto attenti alle assistenze domiciliari, dove per ogni vacanza – e non sappiamo se le fanno – percepiscono 60 euro al giorno, oltre alla retribuzione.

Allo stesso modo non possiamo consentire, assessore, che gli specialisti dei poliambulatori vadano a collaudare le forniture delle protesi e che per un lettino ortopedico facciano tre visite, percependo 180 euro. Non è possibile. Basta la dichiarazione del medico generico che ha in cura l'ammalato, che sa se il diversamente abile ha bisogno del lettino ortopedico.

Sotto questo aspetto, abbiamo una sanità caratterizzata – parlo della provincia di Foggia – da una corruzione dilagante, che deve sparire dalla circolazione. Non possiamo lasciare che gli infermieri si riposino nell'ospedale e facciano attività extraospedaliera, prendendo medicine all'interno delle strutture ospedaliere.

Se vogliamo fare un discorso di responsabilità e di serietà, dobbiamo combattere la corruzione che esiste a tutti i livelli. Vi sono tanti piccoli dirigenti, tanti ruscelli che hanno in mano la situazione economico-finanziaria della Puglia. Basti un esempio: mentre prima di Manfrini si davano 600 euro a un operatore esterno per aggiustare una tapparella, avendolo fatto fare da un operaio interno abbiamo speso 20 euro.

Sono esempi semplici, banali, che però

dimostrano che la sanità è il pozzo di San Patrizio dal quale vogliono tutti ricavare illeciti arricchimenti. È necessario a questo punto, assessore, che sia i Direttori generali che i vari dirigenti, le varie unità operative facciano una dichiarazione di possedimenti patrimoniali. Non mi spiego come dipendenti con stipendi di 1.500-2.000 euro possano avere quattro macchine, case e ferie che io probabilmente non mi posso concedere. C'è veramente la corruzione dilagante.

Se non combattiamo la corruzione, non andremo da nessuna parte. Non servono i 18 miliardi che lo Stato ci vuole decurtare. Bisogna combatterla con la legalità, con la trasparenza, e noi dobbiamo rendere obbligatorie queste cose, perché all'inizio del rapporto vi sia la consistenza patrimoniale.

Vi è anche un'altra situazione per quanto riguarda il pronto soccorso. Spesso frequento il pronto soccorso del mio nosocomio, e anche lì vi sono barelle nonostante il sacrificio dei pochissimi medici che abbiamo a disposizione: sei medici in un bacino di utenze pari a 200.000 abitanti.

Spesso arriva il soggetto con dolore al petto o con la gamba fratturata, che bisogna tenere per ore al pronto soccorso in attesa del consulente. Mi chiedo quindi perché non mandare direttamente l'utente in queste condizioni nel reparto in cui si trova il consulente, per poi sistemare la pratica burocratica. È un modo per andare incontro e sveltire l'iter.

Le pediatrie non hanno più ragione di essere divisioni ospedaliere, devono sparire dagli ospedali perché ormai non ce n'è più bisogno: ci sono i pediatri di base. Le divisioni di pediatria per poter funzionare hanno bisogno della rianimazione pediatrica, ma in tutti gli ospedali, tranne quelli di San Giovanni Rotondo e di Foggia, non hanno la rianimazione. Là vi sono cinque o sei bambini ricoverati, otto medici, dodici infermieri, sette puericultrici, due caposala, tre inservienti, un eccesso di personale che non lavora.

A questo punto, amici cari, se vogliamo fa-

re un discorso serio – e noi siamo disponibili a collaborare, a dare una mano, a dare suggerimenti –, cerchiamo di estendere in rete tutta l'attività regionale. Non possiamo consentire che vi siano intasamenti nei laboratori di analisi, nella radiologia, nella TAC, nelle risonanze magnetiche.

Vi è la necessità di intervenire in maniera seria, forte, perché la salute è un bene che non ha colore politico, per cui ogni cittadino farebbe qualunque sacrificio.

Se però dovessimo misurare il valore della sanità che abbiamo oggi, dovremmo purtroppo riconoscere che quando c'è un guaio serio le persone sono destinate ad andare fuori, perché non abbiamo pubblicizzato al massimo le qualità, le professionalità e le eccellenze che abbiamo in Puglia, a Bari.

Qualche tempo fa, il padre di 86 anni di un mio amico ha avuto delle difficoltà cardiache e nessuno voleva dirgli che bisognava intervenire. Al Policlinico di Bari lo hanno operato e oggi questo vecchietto di 86 anni gira per il mio paese. Questo dimostra che abbiamo le professionalità, le qualità e le eccellenze, ma dobbiamo divulgarle e illustrarle all'esterno, anche per evitare quella famosa mobilità che ci costa un occhio della testa.

È importante la cultura, la filosofia, la mentalità: il medico è un missionario, non un dissipatore di pubblico denaro, e deve essere sempre disponibile a rendere un servizio.

Vi sono – su questo, assessore, chiedo la sua cortese attenzione – disposizioni di medici funzionari che vogliono mortificare la figura del medico. Mi riferisco agli ispettori sanitari. È di qualche giorno fa una disposizione di un responsabile provinciale del servizio degli ispettori, in base alla quale i medici non contano niente e gli ispettori devono fare tutto. Di fronte a queste disposizioni è evidente che un medico si sente mortificato. Sapete qual è la motivazione? La compagna o la moglie del funzionario è ispettrice sanitaria.

Questo non è possibile. Il medico deve avere la sua valenza professionale, deve torna-

re alla sua attività primordiale. Io ritengo che qualunque discorso di sanità abbia come punto di riferimento il medico.

Proprio ai medici e agli operatori della sanità rivolgiamo un invito: dateci una mano a migliorare la sanità in Puglia.

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

LADDOMADA. Signor Presidente, signori assessori, colleghi consiglieri, alcuni argomenti sono stati già toccati, dunque non mi dilungherò. Tuttavia, dal momento che i temi sono sentiti su tutto il territorio della nostra regione, voglio richiamare l'attenzione dell'assessore su alcune specificità.

Innanzitutto, in relazione ai medici ex stabilizzati, abbiamo delle situazioni purtroppo diverse nelle varie ASL, dove, a seconda della dirigenza e a seconda delle possibilità economiche di ogni ASL, alcuni medici sono stati stabilizzati, seppure a tempo determinato, altri si sono rivolti ai giudici, altri hanno vinto in primo grado e perso in appello. Insomma, c'è una situazione di estrema confusione.

All'ordine del giorno di oggi, al punto n. 17), è iscritto un ordine del giorno (credo che verrà messo in discussione nella seduta di domani) che ho presentato insieme ad altri consiglieri della provincia jonica.

L'ordine del giorno chiede alla Giunta, e quindi all'assessore, quali atti di indirizzo intende assumere nei confronti delle Direzioni generali ASL per risolvere in maniera uniforme questo problema. Diversamente si verificano quelle disparità di cui parlava il collega Pastore, con soggetti più fortunati e soggetti meno fortunati.

Altre disfunzioni si creano in merito ai medici di pronto soccorso. Secondo normative nazionali ed europee, cinque anni di esperienza presso il pronto soccorso equivalgono a specializzazione. Anche in questo caso – il collega Surico assente e ciò mi conforta – troviamo che qualche ASL sta escludendo dagli

avvisi pubblici i medici che hanno esperienza quinquennale presso i pronti soccorsi. Assessore, credo che bisognerebbe affrontare questi problemi, che sono concreti e non rientrano nella demagogia, né nel populismo, né in interventi di tipo partigiano.

Un altro aspetto su cui vorrei richiamare l'attenzione è quello dei servizi territoriali. Certamente, se in concomitanza alla dismissione degli ospedali non si creano concrete alternative sul territorio, la gente non solo non capisce i nostri sforzi e le nostre scelte politiche, ma inizia anche a perdere la fiducia. Venendo al problema del trasporto oncologico, con il precedente assessore ci eravamo lasciati con l'impegno da parte sua – e ora vorremo conoscere, assessore Attolini, le sue intenzioni in merito – di fare in modo che il trasporto oncologico potesse rientrare nei LEA, in modo che fosse finanziato da quella parte di fondo nazionale di riparto alle Regioni e non più collegato a quella parte di fondo indicativo di tipo progettuale.

Abbiamo toccato il tema della prevenzione. In Lombardia – richiamo questo esempio, perché si cerca sempre di copiare i migliori – c'è un servizio convenzionato per l'ortodonzia e tutti i problemi ad essa connessi che riguardano bambini, disoccupati, cassintegrati, soggetti in mobilità, cioè fasce deboli, che oggi, con un solo stipendio o con nessuno stipendio, sono costretti a soprassedere quando i loro figli o loro stessi hanno problemi di questo tipo, anche se i problemi ortodontici possono creare seri effetti collaterali negativi all'intero organismo.

Ci eravamo lasciati con il precedente assessore – poi, caro assessore, di tutto questo gentilmente mi vorrà dare contezza nel prosieguo della sua esperienza – chiedendo con il Gruppo di SEL un incontro per avere spiegazioni in merito alla costruzione dei nuovi ospedali. Qui ha ragione ancora una volta il collega Pastore, perché non possiamo stare sul territorio senza essere in grado di dire quale sarà la politica regionale in merito.

La provincia di Taranto in edilizia ospedaliera è all'ultimo posto. Vorremmo conoscere il suo pensiero, il pensiero del Governo regionale in merito all'ospedale San Cataldo e al nuovo ospedale che dovrebbe interessare il polo turistico della Valle d'Itria.

Le chiedo quindi con cortesia, ma anche con determinazione di affrontare questi problemi, da quelli più urgenti da un punto di vista occupazionale a quelli meno urgenti, ma altrettanto sentiti.

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

ALFARANO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, innanzitutto approfitto per fare una battuta al Presidente, per capire chi abbia ordinato oggi questa cottura a fuoco lento dei consiglieri regionali, perché la temperatura è quasi impossibile. Le chiederei quindi di incaricare i responsabili di sala...

PRESIDENTE. Chiameremo i meccanici.

ALFARANO. Non i meccanici, sto chiedendo di ridurre la temperatura in Aula.

PRESIDENTE. Ho capito. Vediamo se troviamo qualcuno esperto in manovre sui condizionatori.

ALFARANO. Per quanto concerne il Piano di rientro, i colleghi consiglieri regionali hanno espresso la loro interpretazione su quanto è accaduto fino a ieri. In particolare, diversi consiglieri regionali di maggioranza, in maniera quasi mediatica e di convenienza, hanno disconosciuto nei fatti quello che fa la loro Giunta, quello che fanno i loro rappresentanti, atteso che da sette anni questa Regione è governata dal centrosinistra. Tutto si può dire, quindi, tranne sostenere di non sapere, di non conoscere, criticando l'operato all'interno degli ambienti ospedalieri.

C'è un atteggiamento ipocrita finalizzato a

capovolgere le situazioni, mentre invece su queste cose bisogna essere estremamente seri e coerenti, cioè alle parole devono seguire i fatti. Le parole non devono essere soltanto lo strumento per rappresentare una situazione che non funziona al 100 per cento, ma sono necessari comportamenti adeguati per impedire la continuazione di tutto questo.

Come ha detto prima il rappresentante dell'UDC Negro, noi abbiamo avuto un atteggiamento di responsabilità, e l'altra minoranza aveva deciso diversamente. Dal primo momento, come Popolo della Libertà abbiamo votato contro questo Piano di rientro, perché non sono stati affrontati i temi che hanno generato e determinato in tutti questi anni lo sfioramento della spesa sanitaria.

Questo centrosinistra ha stabilito dei criteri di rientro che non sono confacenti, e i risultati sono oggi evidenti, laddove tutti stanno dicendo che nelle ASL le cose non vanno bene. Condivido l'analisi, ma non condivido le persone che hanno rappresentato queste istanze.

L'assessore, cui vanno i miei complimenti perché è da poco in carica, è una persona squisita, che conosco poco, però già dimostra un positivo approccio alle tematiche. Per quanto riguarda il Piano di rientro le criticità sono tantissime e, come ha detto il nostro Capogruppo, non sono stati affrontati i problemi cardine, che hanno generato lo sfioramento della spesa sanitaria, quindi non sono stati risolti i problemi strutturali attualmente all'interno del sistema sanitario regionale.

Mi chiedo cosa accadrà degli stabilizzati. Su questo argomento lei ha detto pochissimo. A differenza di quello che hanno detto il consigliere Laddomada ed altri, una nota dell'assessore regionale Tommaso Fiore, che l'ha preceduta, dava a tutti i direttori generali l'indicazione di eliminare i contenziosi con la procedura della conciliazione, anche per cercare di evitare lo scadimento dell'offerta sanitaria e di risolvere questa cosa con i medici e con tutti i dipendenti coinvolti.

Si tratta di una cosa che onestamente non

va bene, perché voglio sfidare tutti a lavorare ogni giorno con la spada di Damocle sulla testa, cosa che va avanti ormai da oltre un anno. Questa gente purtroppo deve operare con il peso, con la riserva, con la congettura che probabilmente il proprio contratto di lavoro stia per esaurirsi.

Atteso che c'è stata una posizione netta dell'Assessore, che si è documentato anche da sentenze del Tribunale di Trani e di altri tribunali che hanno stabilito in maniera netta che i rapporti consolidati fra le ASL e i dipendenti sono salvi. Sono della Provincia BAT e nella ASL della BAT sono state fatte 31 conciliazioni su 73 persone interessate, perché è arrivata la nota informale dell'assessorato che diceva di sospendere le conciliazioni. Le chiedo se le sembri corretto che 31 dipendenti siano stati reintegrati in seguito alle operazioni di conciliazione, mentre gli altri sono rimasti con la spada di Damocle sulla testa, in attesa di conoscere le determinazioni dell'assessorato.

Al di là di quanto accaduto nella ASL della BAT, credo che il problema sia generale e debba essere risolto subito, perché rischiamo veramente grosso per quanto riguarda la qualità del servizio sanitario nazionale, la funzionalità e l'operatività dei reparti, i danni che potrebbero ripercuotersi sulla Regione Puglia in merito a un atteggiamento sbagliato che può essere messo in atto.

Concludo, assessore, perché non devo aggiungere altro, aspetto una sua risposta su questa cosa per capire come l'assessorato intenda procedere in merito alla risoluzione di questa tematica.

Un ultimo aspetto, caro assessore: parlo dell'equità, dell'offerta sanitaria provincia per provincia. Nella nostra Provincia si sono fatti due Consigli monotematici, uno a Trani e uno a Canosa di Puglia, in cui si paventava il rischio di chiusura degli ospedali con tutte le popolazioni prese dal panico.

Si rileva un aspetto poco confacente con un sistema equo. Abbiamo per esempio la provincia di Brindisi, che ha più o meno gli stessi

abitanti della provincia di Barletta, Andria, Trani e ha esattamente 1.200 posti letto, a fronte dei 750 della ASL BAT. Le sembra una cosa giusta, in termini di equità dell'offerta delle prestazioni sanitarie sul territorio?

Anche alla luce di questo – so che è un'accusa vecchia, che scaturisce da scelte fatte nel passato – le chiedo di avere una maggiore attenzione verso la Provincia BAT per quanto riguarda l'assegnazione dei posti letto.

Visto che si sta operando un riordino della spesa sanitaria e c'è una riduzione dei posti letto in tutta la Regione, le chiedo di avere un atteggiamento più propositivo verso la Provincia Barletta, Andria, Trani, che in questo momento è già in difetto per quanto riguarda l'attribuzione di posti letto.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MARMO

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il consigliere De Leonardis. Ne ha facoltà.

DE LEONARDIS. Signor Presidente, colleghi, assessore, innanzitutto porrò qualche domanda anche alla luce dell'intervento che feci nella tornata di bilancio passata, che l'assessore Fiore promise di vedere a Roma.

Vorremmo capire infatti se nella ripartizione del Fondo sanitario nazionale che avviene a Roma verranno mantenuti i criteri fino ad oggi portati avanti oppure come Regione riusciremo a modificarli perché, se fossero ad esempio solo sulla quota capitaria, non saremmo oggi in Piano di rientro, ma avremmo la possibilità di andare avanti senza chiudere ospedali. Non so se questo Governo avrà la possibilità di dare sponde diverse rispetto a questo problema.

Volevo inoltre chiedere se prima di procedere a ulteriori tagli di posti letto non sia giusto aspettare i risultati del censimento, per verificare se gli abitanti saranno gli stessi, se aumenteranno o diminuiranno, e se ci sarà la

possibilità di avere un quadro più chiaro da questo punto di vista. Sono domande alle quali aspetto una risposta da lei.

In relazione alla riduzione della spesa, vorrei sapere se ritenga che dobbiamo proseguire soltanto con la chiusura dei posti letto oppure possiamo intaccare altre voci di spesa. Giustamente è stato chiesto quanto spendiamo per i beni e servizi. Nella sua relazione non ci ha dato risposte in merito, ma vorremmo invece sapere quanto spendiamo in Puglia rispetto alle altre Regioni.

Non possiamo intaccare sempre il personale o i posti letto. Ormai siamo arrivati a un punto in cui non c'è più la possibilità di continuare a tagliare, perché, se prendiamo i dati del 2011 relativi all'occupazione di posti letto e all'appropriatezza delle prestazioni, vediamo che siamo arrivati al limite, assessore.

Oggi, per fare delle valutazioni sulla chiusura dei posti nascita, occorre fare delle considerazioni in base alla densità della popolazione. Se osserviamo il Subappennino Dauno, dove ci sono 20 o 30 Comuni con pochissimi abitanti, dobbiamo chiederci se possiamo continuare a permetterci che i bambini nascano in macchina, come è successo ripetutamente ad alcuni miei amici, perché non è possibile arrivare in tempo all'ospedale di Lucera.

Nell'emergenza neve che vi è stata ultimamente e che ha visto l'isolamento di tanti paesi, non c'era la possibilità per costoro di raggiungere nessun ospedale, e non è stato possibile attivare neanche l'elicottero. Sono quindi necessarie delle valutazioni e i numeri vanno letti in maniera diversa, perché sembrano chiari, però la loro interpretazione varia notevolmente da caso a caso e da struttura a struttura.

Assessore, vorrei sapere, inoltre, anche in relazione ai dati che lei ci ha fornito, che apprezziamo e per i quali la ringraziamo, come sono ripartiti questi 162 milioni di euro su base provinciale, quante perdite ha prodotto ogni Provincia, quante risorse vengono attribuite a ciascuna, come vengono erogate, quali

sono i parametri fondamentali. È una mia ignoranza: voglio capire come tali risorse vengono assegnate alle Province.

Vorrei capire anche il discorso della mobilità passiva, quale Provincia produce più mobilità passiva rispetto alle altre e se le Province di prossimità hanno una mobilità passiva migliore rispetto ad altre. Sono dati che servono a me, al Consiglio e a noi tutti per avere un quadro più chiaro e completo. Quando si parla di riorganizzazione dei servizi, cioè di togliere posti letto di cardiologia per introdurre posti letto di RSA, o è un'operazione utile o non lo è.

Per esperienza personale, a causa di problemi personali che mi hanno colpito da vicino a dicembre, riferisco che per un mio caro familiare non era disponibile un posto letto agli Ospedali riuniti di Foggia, ragion per cui è stato accomodato su una brandina. Ringrazio comunque i medici e lo *staff*, dal momento che si sono tutti messi a disposizione per fornire ugualmente accoglienza.

Mi chiedo, però, se, con riferimento all'introdurre gli RSA, ossia questi posti di lungodegenza, sia utile compiere un'operazione di questo genere, perché alla fine i costi restano sempre tali, oppure se non lo sia.

Mi riservo una parola anche sulla questione del personale e dei cosiddetti de-stabilizzati o comunque di coloro che non sono mai stati stabilizzati. Nell'ASL di Foggia non si sa perché non sia stata mossa una carta. Non è stato fatto nulla. Non è stato bandito un concorso. Si è andati contro qualsiasi attività. Non capiamo perché adesso non si emanano norme, non si procede con un Regolamento, con una direttiva che si dovrebbe emanare in maniera unitaria, affinché tutte le ASL della Puglia si muovano all'unisono e non si verifichino situazioni in cui alcuni stabilizzati vengano de-stabilizzati.

In altri ospedali mi risulta che, essendo stati banditi i concorsi regolarmente con la riserva del 50 per cento, costoro continueranno a essere occupati perché chi ha bandito i con-

corsi forse era responsabile del personale e ne capiva più di altri.

Vogliamo un elemento di chiarezza. Tutto il popolo del personale sanitario si aspetta di avere chiarezza e univocità di interventi su questa situazione. Le chiediamo questo, assessore.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA

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

MARINO. Io mi ritengo soddisfatto della relazione che ho ascoltato questa mattina dall'assessore, una relazione analitica che ha illustrato lo stato dell'arte. Credo anche, però, ed è sotto gli occhi di tutti, che sia il Piano di rientro, sia il Piano di riordino in questi mesi abbiano non solo prodotto una contrazione finanziaria, ma, nonostante la buona volontà, anche contratto, in alcuni casi, i diritti di salute dei cittadini.

Dentro questa logica noi oggi siamo a un punto per cui noi siamo chiamati ad arrivare a un obiettivo, quello di uscire dal Piano di rientro nel 2012 e, nello stesso tempo, chiudere la seconda fase del Piano di riordino.

Vorrei che fosse chiara una questione. Alcuni giorni fa abbiamo avuto una discussione in Commissione sanità sui punti nascita. Credo che l'approccio di quella discussione, il modo con cui l'abbiamo svolta, con l'idea di mettere al centro della filosofia del Piano la donna, i diritti suoi e quelli del nascituro, sia fondamentale.

Anche in quest'Aula oggi ho sentito consiglieri e colleghi che sono intervenuti sul particolare, su questo o su quell'altro ospedale, mentre noi, io credo, siamo chiamati ad avere una visione generale, ad affrontare senza infingimenti una visione generale che ci deve portare, proprio in questo momento di difficoltà e di contrazione, a cambiare il sistema. Siamo dentro una rigidità di sistema che si ri-

versa poi sui diritti di salute dei cittadini e dobbiamo essere in grado di dare un'accelerazione alle questioni che abbiamo citato circa un anno fa e che ancora non si attuano, dobbiamo essere in grado, in questa seconda fase, di avere una fase unica.

Svolgendo la discussione che abbiamo tenuto nella Commissione sanità sui punti nascita, in cui abbiamo deciso di chiudere dodici punti nascita per mettere in sicurezza la donna e il bambino, nello stesso tempo sviluppando un ragionamento sui consultori, su ciò che chiudiamo e su come quella struttura possa essere trasformata in ambulatorio, formuliamo un ragionamento che questa mattina ha svolto in parte anche il collega Palese.

Se affrontiamo con questo spirito la parte restante del Piano di rientro e del Piano di riordino, anche in questo caso la Commissione sanità può diventare un punto essenziale fra il Governo, ossia le proposte che il Governo mette in atto e una discussione generale che ci consenta di camminare tutti insieme in questo periodo per uscire dalla difficoltà che viviamo e trasformare insieme il sistema che abbiamo di fronte.

Si deve parlare di stabilizzazione, di piante organiche. Credo sia giunto il tempo che finalmente si affermi a chiare lettere – personalmente l'ho sostenuto da tempo, dal giorno in cui è uscita la sentenza della Corte costituzionale – che noi dovevamo arrivare ai concorsi. Ora mi pare che finalmente questa sia la strada. Quella giusta può essere la strada indicata dal collega Palese? Approfondiamo, non lo so. Sicuramente, però, ci può essere l'idea, più volte suggerita e mai accolta, di arrivare a una leggina provvisoria che ci permetta nello stesso tempo di approfondire e di bandire i concorsi come si devono bandire, ossia nel rispetto della legge. Dobbiamo avere il tempo e dare anche un'uniformità a tutte queste persone, a questi dirigenti, medici e non medici, che da Taranto a Foggia affrontano situazioni completamente diverse e che pure sono stati assunti con le stesse modalità. Oggi ci tro-

viamo ad avere situazioni che non sono uguali di ASL in ASL.

Credo che queste siano le questioni fondamentali, Presidente. A proposito del risparmio, anche in questo caso io penso che ci sia bisogno di un lavoro della Commissione. Gran parte del risparmio è dovuto, da una parte, alla contrazione, al *turnover*, alla spesa inferiore che abbiamo avuto sul personale e, dall'altra, secondo i dati, alla farmaceutica.

A mio avviso, noi dobbiamo insistere di più, da una parte, su beni e servizi e, dall'altra, sull'aprire una battaglia senza quartiere agli sprechi. Voi sapete che è già incardinata nella Commissione sanità una legge per la centralizzazione degli acquisti: approfondiamola. È a disposizione di tutti. È una strada per risparmiare.

Mi è capitato – mi rivolgo all'assessore, ma anche a noi stessi – di svolgere un'analisi sulla pubblicazione degli elenchi e delle retribuzioni ASL per ASL. In questo monitoraggio ho visto che ci sono 306 dirigenti, medici e non medici, che prendono più dei direttori generali. Alcuni hanno ricevuto somme pari a 315.000 euro.

Vorrei capire se tutto ciò è possibile, se è possibile che ci sia un'impostazione diversa per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive, se tali prestazioni sono limitate solo ai casi dell'emergenza, oppure se c'è uno splafonamento e se non possiamo riflettere intorno al fatto che possiamo porre un tetto che sia inferiore perlomeno alla somma che riceve il direttore generale della ASL. O diamo l'esempio e poniamo queste forze, questi risparmi a disposizione del diritto alla salute dei cittadini, oppure questo sistema, che è così rigido e che non si modifica, continuerà a non funzionare.

È inutile sostenere che investiremo sul territorio, che costruiremo possibilità diverse e nuove per rispondere, attraverso la medicina di prossimità, alle nuove esigenze che oggi ci sono e che sono quelle della cronicità. Se il sistema è rigido e non risponde, noi avremo fallito il nostro compito.

Credo che questo sia un elemento di discussione e di novità che dobbiamo impostare, facendo interagire l'intero Consiglio regionale con l'assessore e con la struttura di cui l'assessore è a capo per individuare strade e percorsi che ci portino verso una sanità che non può essere quella che abbiamo avuto prima, quando siamo entrati nel Piano di rientro, ma che sempre di più deve essere in sintonia con il nostro Piano di salute e con i Piani che a livello nazionale stiamo avallando con la nostra presenza ai tavoli Stato-Regioni.

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

PENTASSUGLIA. Signor Presidente, signor assessore, colleghi consiglieri, onestamente ero combattuto se intervenire, ma l'occasione è propizia, anche perché, per la verità, non ci sono riunioni di maggioranza, non ci sono riunioni serie su cui confrontarsi. Vedo anche dagli interventi, nel rispetto che si deve a tutti i colleghi e alle idee di ognuno, che c'è tanta confusione ancora su molte norme che riguardano la sanità.

Penso che la riflessione – ringrazio l'Ufficio di Presidenza del lavoro svolto per portarla oggi in Aula – ci consenta di confrontarci su questo tema delicato. Allo stesso modo, ringrazio l'assessore, il quale finalmente fa pervenire un testo scritto e alcuni atti su cui iniziare a effettuare un confronto rispetto alla prima fase del Piano, che è stata attuata, e soprattutto a quelle che credo siano la forza di volontà e la capacità di assumere il nostro ruolo.

Pregherei gli assessori di far comprendere all'assessore Attolini il disagio...

PRESIDENTE. Collega Gentile, non distragga l'assessore Attolini. Assessore, ascolti.

PENTASSUGLIA. Poiché ho visto richiamare l'attenzione sui territori, penso di parlare

per la Puglia e ricordo che nella Puglia è compreso anche il mio territorio, che, dopo tre *mail*, non riesce a essere ascoltato in merito ad alcune dinamiche. Non è vero ciò che si è riferito, ossia che i giudici hanno imposto il reintegro, perché ci sono sentenze che hanno disposto il contrario.

Bisogna trovare una sintesi che tenga insieme le questioni faccia sì che la politica, come ha fatto nel caso dei dipendenti regionali, si assuma con decisione il proprio ruolo, allargando ai diversi livelli istituzionali una soluzione che certamente si trova.

Dobbiamo capire, però, di che cosa stiamo parlando, affrontando il 2012 – siamo già a febbraio – e quale modello organizzativo viene messo in campo, di quale discutiamo. I dati che sono stati forniti fanno ben sperare, ma noi abbiamo bisogno di raggiungere al più presto possibile l'intento di quel Piano, perché la Puglia e i pugliesi hanno capito il momento drammatico che vive il Paese, così come quello che vive la Puglia, e abbiamo bisogno di dare loro risposte.

Non dobbiamo dare risposte sulle deroghe lasciandole all'amicizia di un primario che arriva in assessorato – mi permetta, assessore, parlo sempre con cognizione di causa e generalmente espongo la metà di ciò che so; mi riservo l'altra metà per la controreplica – proprio per evitare che un funzionario possa prendere dal cassetto un foglio e determinare in che percentuale possano essere attribuite le deroghe sul territorio, come pure che qualcuno di altri territori metta a disagio e soprattutto alla berlina un *management*, come quello di Taranto, che a oggi non è stato ancora sconfessato da nessuno.

Il tempo determinato ha una quota di impegno pari a quella del 2009, ossia del 50 per cento, sfiorando la quale si va a rispondere in solido alla Corte dei conti. Altro che diffondere chiacchiere o mettere alla berlina Tizio al posto di Caio. Se esprimiamo un parere unico, univoco e universale per tutti, ci chiariamo come comportarci noi sul territorio pugliese e

come si devono comportare tutti, evitando la guerra tra poveri. Il vero dramma del *turnover*, infatti, è questo.

Ringrazio per i dati, che sono veri e concreti. Essi ci devono far ammettere con onestà che i dati forniti al 2009 per il Piano di rientro non sono corretti, ma sbagliati e che hanno portato forse a considerazioni errate. Anche solo col dato del pensionamento oggi potremmo dimostrare che, pur avendo soldi sui capitoli di spesa per il tempo indeterminato, per la norma che non consente lo sblocco del *turnover* oggi noi, per garantire taluni servizi che addirittura rientrano nei LEA, stiamo pensando di prendere soldi dal tempo determinato.

Per alcuni territori forse rivivremo quanto è successo il 31 ottobre già fra maggio e giugno, perché l'esodo è stato molto più ampio per gli effetti di una norma che dispone che si cambia il sistema di calcolo e giustamente ognuno ha pensato di scappare via. Se non partiamo da questo, di che cosa parliamo?

Ho sentito richiamare i punti nascita, ma i punti nascita rappresentano un altro taglio dei posti letto. Noi dobbiamo ancora osservare la delibera di gennaio dell'anno scorso e tutto il lavoro del 2011. A quanto mi risulta il tavolo Massicci sta parlando delle cardiologie, delle oncologie e via elencando. Lei le ha richiamate nel testo, assessore.

La politica deve assumere una decisione e per farlo dobbiamo sapere di che cosa si sta parlando. Non dobbiamo essere indotti nelle decisioni da un Piano di riordino dettato da tali condizioni. Questa è la mia preoccupazione, che mi permetto di riportare in questa sede, perché non ci si può incontrare in Commissione o in assessorato. C'è sempre un'attenzione nel chiedere di parlare di sanità come se fossimo appestati, salvo che poi parlano tutti di sanità, a partire dall'uscire, con tutto il rispetto, dove c'è il sistema di vigilanza. Non può parlare un consigliere regionale perché viene sbeffeggiato dai fatti e anche, purtroppo, dagli atti che poi verifichiamo.

Tutte queste questioni in quale Piano aziendale esistono? È scaduto il Piano sanitario regionale ed è scaduto anche il Piano attuativo locale, che non è mai arrivato all'approvazione per ogni territorio. Sulla base di che cosa stiamo rimodulando i servizi e, quindi, il modello organizzativo ospedaliero di territorio, qual è l'integrazione tra pubblico e privato?

Penso a quegli 800 posti letto e a tutto ciò che si è aperto da tre mesi in termini di cassa integrazione e di procedure di licenziamento, che non ho sentito richiamare, perché si pone un problema relativo ai de-stabilizzati. È una situazione a macchia di leopardo che va stabilizzata, ma che scoppierà da un momento all'altro.

Parlo di un effetto licenziamento che, anche laddove abbiamo chiuso gli ospedali, nessuno ha saputo controllare, perché è aumentata la malattia, perché i dipendenti non sono stati spostati e solo negli accorpamenti abbiamo visto pochi "fessi", in barba a ogni norma contrattuale, essere spostati dalla sera alla mattina senza alcun trattamento nelle norme.

Vorrei anche capire quali risparmi ha generato il processo di internalizzazione, di cui tanto si è parlato. Perché continua a esserci una marcia strana nelle internalizzazioni, costituita di accelerate e di frenate? Di che cosa stiamo parlando? C'è un risparmio o bisogna rivedere le posizioni assunte? Del resto, le persone intelligenti rivedono le scelte.

Ho sentito parlare di articolo 20. Esiste intanto una ricognizione su tale articolo? Quante risorse sono ancora disponibili per essere impiegate in quegli ospedali, che rimangono ospedali o che diventano territorio? Altro che effettuare terapie intensive postoperatorie! Stanno consegnando i lavori e sappiamo già che il dato ospedale chiuderà. Perché allora abbiamo continuato a far eseguire i lavori? Per far venire *Striscia la notizia* e diventare lo zimbello di qualcuno? Se con il decreto n. 111 dall'anno scorso il Governo ha cancellato i soldi dell'ex articolo 20, perché richiamare

l'articolo 20 per nuovi ospedali, per parlare di che cosa, se non si discute con certezza di tale articolo, di risorse disponibili e di eventuali progetti di finanza?

Ritorno al modello e chiudo su quello. Qual è il modello, qual è l'assunzione di responsabilità e qual è la corresponsabilizzazione dei diversi livelli interessati, dal medico di medicina generale, che sentivo richiamare, alle pediatrie?

C'è chi parla di chiudere le pediatrie, il che non è giusto. Dove non c'è una rete di servizi, però, come si può fare? Possiamo trasformare un'unità complessa in un'unità semplice a valenza dipartimentale? C'è un problema che si risolve con un *day surgery*, un *day service*, un *day hospital*? Esiste un modello diverso? Non ho sentito parlare di modello.

Io ho difficoltà, sono un neofita. Sono lontano dalla sanità, ma sono impegnato a dare una risposta su un territorio massacrato, perché il problema non è il 2,9 per mille – noi siamo al 2,86, per la verità, mentre la media è del 3,4 – ma il fatto che a Roma si stia lavorando verso tale obiettivo.

Perché non anticipare noi una discussione? Lasciamo stare la questione di essere rincorsi dai tagli. Avviamo una nuova impostazione che veda tutti corresponsabili. Se continua questo modo di fare, non solo non possiamo verificare l'esodo delle persone, ma non siamo neanche in grado di garantire ciò che abbiamo.

La mia provincia, come unico riferimento, ha 100 posti in meno rispetto a quelli attivati effettivamente sulla carta, ma nessuno risponde. È da due anni che aspettiamo le deroghe sui reparti che esistono e su quelli promessi, come la chirurgia toracica e polmonare. Poiché non vogliamo promesse, vogliamo andare sul territorio a spiegare come posizioniamo la verità dei fatti in quel modello, anche alla luce della questione di un accorpamento, che per noi è importante, rispetto alla città di Taranto, che non va più mortificata su nuovo, ex nuovo o altro. Abbiamo bisogno di investimenti seri

per dare risposte serie rispetto a un sistema regionale che non ci veda in contrapposizione, perché Brindisi è a due passi e Lecce è vicino a noi.

Il problema non è la contrapposizione, ma la verifica, perché anche quei punti nascita sono tagli di posti letto. Dobbiamo stabilire in quale modello organizziamo un sistema che dia risposte, mantenendo il patto stretto con il Governo. L'abbiamo voluto tutti e sapevamo a che cosa andavamo incontro, però adesso occorre un modello che ci consenta di guardare la situazione in maniera diversa e senza preoccuparci.

Domani ci saranno le amministrative, l'anno prossimo le politiche e noi saremo sempre attenzionati dai territori o dalle mire e dalle posizioni di qualcuno che pensa di raggiungere altri scopi.

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

CERVELLERA. Signor Presidente, consiglieri, assessore, ho apprezzato molto la relazione dell'assessore Attolini, perché ha visto in un quadro generale la pericolosità per la tenuta sociale del territorio proprio a causa dei tagli molto drastici alla sanità. Ovviamente ciò si ripercuote anche sulla Puglia e sulla questione di assicurare il diritto alla salute dei cittadini.

Non mi soffermo sul Piano di rientro e sulla prima fase, che è già stata consumata, proprio ho a disposizione cinque minuti. Guardo, quindi, soprattutto al territorio ionico, che è già stato richiamato dai colleghi di Taranto, in merito alla seconda fase del Piano di rientro.

Poco fa il collega Pentassuglia ricordava che la provincia di Taranto anche rispetto ai nuovi tagli che ci saranno rientra già nei parametri che vengono indicati ed esortava, quindi, a evitare che vi si disattivassero ulteriori posti letto almeno per quanto riguarda la parte pubblica e ad accelerare, e questo è il punto fondamentale che l'assessore Attolini

ha posto, il processo di deospedalizzazione per arrivare a maggiori servizi sanitari sul territorio.

Per quanto riguarda la nostra provincia, devo apprezzare l'intervento che è stato svolto sull'ex ospedale di Massafra per i servizi territoriali. Si sta lavorando su Mottola, però non ho alcuna contezza, per esempio, di un Piano che era stato studiato in precedenza dall'ASL di Taranto e poi portato a livello regionale e che fu chiamato per Mottola il Piano Fenice, in quanto si risorgeva, in tema di riabilitazione. Non ho alcuna informazione al riguardo perché sembra che sia rimasto fermo a uno studio elaborato a livello regionale, ma mai portato avanti.

Rispetto al discorso dei tagli, come ben affermava il collega Pentassuglia, la questione dei punti nascita deve essere discussa fino in fondo, perché Taranto ha una peculiarità. La parte centrale è Taranto, perché ha quasi la metà della popolazione della provincia. Ci sono poi due aree, una occidentale e una orientale, ma c'è anche una peculiarità che riguarda Martina Franca, perché proprio il suo ospedale si ritrova a cavallo di tre province, Brindisi, Taranto, quindi proprio la Valle d'Itria, e Bari. Anche in quel caso servirebbe avere un punto nascita, ma non si può porre l'alternativa tra Castellaneta e Martina Franca. Da questo punto di vista dobbiamo svolgere un ragionamento perché Martina Franca abbia una visione particolare interprovinciale.

Per quanto riguarda altri aspetti che sono stati sollevati, li devo ribadire, perché in un'interrogazione urgente del 15 gennaio di quest'anno – le nostre interrogazioni non si discutono quasi mai – ho sollevato una questione. L'interrogazione urgente riguardava un problema che è stato sollevato in questa sede un po' da tutti, ossia la questione del trasporto e dell'assistenza dei malati oncologici almeno per gli aspetti che riguardavano la provincia di Taranto, ma in quest'occasione citata anche per altre province.

Parlammo all'epoca con l'assessore Fiore

di trovare una soluzione in cui si potesse vedere di ritrovare la possibilità o, attraverso cooperative, di far espletare tale servizio a chi oggi opera in questo campo, oppure di passare attraverso i LEA, con i Piani di zona sociale, per dare anche a questi lavoratori una sostanziale continuità del servizio. Essi svolgono, infatti, un servizio molto apprezzato della gente. Inoltre, stiamo parlando di una malattia e di una causale, quella oncologica, che sono molto importanti.

Il secondo aspetto che è stato sollevato oggi è che in tutta la sanità pubblica pugliese si pone il problema del blocco del *turnover*. È stato sollevato l'aspetto dei medici ex stabilizzati e poi de-stabilizzati. In merito ho presentato un'interrogazione e ho firmato, insieme agli altri colleghi tarantini, un ordine del giorno che dovrà venire in discussione.

Su questo punto credo che ci debba essere una parola chiara da parte del Governo regionale. Lo rilevo con tutta chiarezza anche ai banchi dell'opposizione che hanno sollevato il problema: non è risolvibile in quest'Aula, perché stiamo parlando di due sentenze della Corte costituzionale e, quindi, bisogna agire, come abbiamo fatto, dal punto di vista politico, noi tutti consiglieri regionali, così come è avvenuto per il personale dipendente della Regione Puglia.

Occorre una forza di volontà politica univoca da parte di tutto il Consiglio regionale e del Governo regionale di coinvolgere il Governo Monti e i parlamentari pugliesi perché agiscano con una norma nazionale per superare questo problema. Ciò non ci esenta dal dettare direttive univoche con una delibera.

Assessore, non vorrei che il collega Epifani la distraesse da questo momento importante.

Si tratta di un problema di carattere nazionale che, per alcuni aspetti, riguarda la questione degli ex stabilizzati, che bisogna risolvere con una norma nazionale. Ciò non ci esenta, però, dal dare un'univocità a tutti i territori. A quanto mi risulta le ASL e i loro dirigenti si comportano in maniera differenziata

l'uno dall'altro, affermando che nessuno deve essere lasciato a terra, perché, almeno per ciò che so io, alcuni non sono stati chiamati, mentre mi riferiscono – parlo del direttore generale dell'ASL di Taranto – che per tutti il problema è stato risolto.

Non è così. Non mi risulta che sia così. Proprio questa mattina ne ho avuto la conferma. Si creano figli e figliastri nella stessa disgrazia che è avvenuta. Ritengo, quindi, che una delibera regionale che dia univocità a tutto il territorio pugliese sia importante.

Chiudo rapidamente sugli aspetti ospedalieri con la costruzione degli ospedali. Non dimentichiamo che è stato messo in campo da Nichi Vendola un progetto importantissimo per il polo ospedaliero di Taranto, che prima si chiamava San Raffaele e adesso San Cataldo, così accontentiamo il Santo locale. Ritengo che quel progetto debba continuare e che debba andare avanti, perché la provincia di Taranto ha bisogno sia di un ospedale di eccellenza, sia di un ospedale che funzioni.

Su questa materia dobbiamo ritornare a ridiscutere in maniera serena, anche sotto gli aspetti urbanistici che sono stati a volte sollevati, per superare tali aspetti, ma anche per fornire una risposta chiara al territorio, che ha bisogno di un polo ospedaliero, così come era stato concepito in quel programma. Grazie.

PRESIDENTE. Se qualcuno ha smarrito le proprie chiavi e vuole rientrare a casa, deve ritirarle presso di noi.

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

DECARO. Signor Presidente, non sono le chiavi degli ospedali chiusi? Le hanno lasciate sul tavolo. Spero di no, perché mi auguro che li riapriremo.

Assessore, credo che con la sua relazione oggi si sia chiusa una fase che lasceremo alla storia di questa Regione. La sua relazione oggi è stata precisa e dettagliata. Ci ha fornito i numeri di tutto ciò che è successo nell'ultimo

periodo, negli ultimi anni, soprattutto in riferimento al Piano di rientro e, in particolare, nell'ultimo anno.

Oggi leggo una situazione in chiaroscuro. Da un lato, vedo una situazione favorevole dal punto di vista dell'attuazione del Piano di rientro, credo con risparmi superiori a quelli che erano stati preventivati. Dall'altro, però, vedo che continuano a esserci problemi in particolare sul pronto soccorso dei nostri ospedali e sulle liste d'attesa, che forse, con la chiusura degli ospedali che abbiamo attuato negli ultimi mesi, si sono accentuati.

I pazienti, non trovando lo sfogo presso il pronto soccorso o presso i professionisti presenti negli ospedali, che prima erano attivi, oggi si ritrovano costretti a recarsi negli ospedali che sono rimasti aperti e che dovrebbero essere quelli di eccellenza. Forse con l'attuazione del Piano di rientro possiamo trovare alcune soluzioni e il Piano stesso potrebbe diventare un'opportunità per la nostra Regione.

Cominciamo a vedere ciò che è successo. Spero che, dopo la relazione di oggi, che ha chiuso una prima fase, possiamo pensare al futuro con uno slancio maggiore sulla nostra sanità.

Come ricordava il collega Pentassuglia in merito al personale, al blocco del *turnover* si è aggiunto un pensionamento in massa. Ci sono numeri che danno mille persone negli ultimi due anni in pensione, in particolare negli ultimi mesi, a causa del decreto Monti sull'innalzamento dell'età pensionabile. A questi pensionamenti si sono aggiunte le destabilizzazioni potenziali per 347 tra medici e infermieri, in particolare all'interno del nostro Sistema sanitario regionale.

Noi vorremmo passare a una nuova fase per capire come possiamo raggiungere una deroga, che peraltro è prevista dalle normative del Ministero, e vedere se esiste la possibilità, attraverso i maggiori risparmi che abbiamo ottenuto sul Piano di rientro, in particolare proprio quelli sul personale, e in che cifre,

con che numeri, di pensare ad alcune deroghe per cercare di tutelare soprattutto le persone che sono oggetto della destabilizzazione, le 347 persone cui accennavamo prima.

Ci sono ASL, come quella della BAT, in cui siamo passati a una fase di conciliazione grazie ad alcune sentenze che sono state emesse, in particolare la sentenza della dottoressa Chirone del Tribunale di Trani. Mi riferisco a conciliazioni che erano partite sul resto del territorio regionale e che poi si sono interrotte a seguito di ordinanze di altri tribunali, come, per esempio, quello di Taranto, e che hanno bloccato questa procedura nelle ASL.

In questo caso accetto la sfida del collega Palese, che rilancio: dobbiamo cercare di affrontare il problema delle destabilizzazioni nella stessa maniera, ossia in maniera *bipartisan*, sia come Consiglio regionale, sia, se necessario, con i parlamentari delle due fazioni, di maggioranza e di opposizione, all'interno della Regione, visto che a livello nazionale sono insieme, e trovare una soluzione che può essere su alcuni territori la prosecuzione delle conciliazioni.

Potremmo trovare un percorso diverso, invece, per le ASL, laddove sono state emesse sentenze negative, un percorso che potrebbe vedere, per esempio, una proroga dei contratti fino all'espletamento di eventuali concorsi riservati, almeno in una quota del 50 per cento, se non sarà possibile proseguire, come spero, procedere con le conciliazioni.

Analogamente vorremmo, assessore, risposte sulle internalizzazioni, ossia vorremmo che si stabilissero alcune linee guida per capire, ASL per ASL, quali sono i servizi che vanno internalizzati.

A oggi ci sono alcune ASL che hanno internalizzato determinati servizi e altre che, invece, hanno internalizzato servizi diversi, con casi stranissimi in cui alcune ASL hanno internalizzato il personale e poi hanno bandito una gara per esternalizzare il servizio che tale personale svolgeva nei mesi precedenti alle internalizzazioni. Vorremmo anche conoscere

l'andamento dei conti economici sulle internalizzazioni, magari ASL per ASL.

Perché sostenevo che il Piano di rientro può diventare un'opportunità per la nostra Regione? Rilancio la sfida al centrodestra e al collega Palese. Questa opportunità potrebbe darci la possibilità di reingegnerizzare, come proponeva il collega Romano nel primo intervento del Partito Democratico, l'intero Sistema sanitario regionale con alcuni ospedali di eccellenza e la sanità sul territorio, in cui noi abbiamo chiesto negli ospedali dismessi e da riconvertire di implementare un sistema di poliambulatori, di case della salute e anche di *day service*.

L'esperienza di Massafra è, per esempio, un'esperienza positiva. Essa vede l'implementazione di una piastra ambulatoriale e l'attivazione di un *day service* di endoscopia, il poliambulatorio. A breve sarà aperto anche il *day service* chirurgico, che sarà attivo tra alcuni mesi. Si aggiungono l'oculistica, l'urologia e l'ortopedia.

Perché l'attuazione del Piano di rientro può essere una risorsa? Perché probabilmente riusciremo col tempo ad avere ospedali di eccellenza, in cui si compiono le operazioni e si curano le malattie gravi, mentre possiamo svolgere sul territorio le prestazioni che i cittadini ci chiedono ogni giorno.

Quante volte ci siamo operati nella vita? Io spero mai o forse una volta solamente e ognuno di noi è andato a cercare l'ospedale pubblico d'eccellenza. Se abbiamo bisogno di eseguire l'analisi del sangue, di effettuare indagini diagnostiche, che probabilmente vogliamo svolgere vicino a casa, se abbiamo bisogno della visita dell'ortopedico o del cardiologo, sono prestazioni che possiamo ottenere dal poliambulatorio, decongestionando l'ospedale d'eccellenza.

Occorre, però, anche la volontà da parte dei primari e degli ospedali di eccellenza di fornire solo prestazioni di eccellenza. Se la cataratta è un'operazione che si effettua a livello ambulatoriale, non è normale che il pri-

mario continui a effettuarla nell'ospedale d'eccellenza. La cataratta si effettua a livello ambulatoriale e, quindi, nel poliambulatorio, nella casa della salute, laddove c'è il *day service*.

Se nell'ospedale Fallacara di Triggiano possiamo eseguire la cataratta e abbiamo deciso di attivare il *day service*, per portare un esempio concreto, vicino casa mia, non è normale, non è giusto che la cataratta si continui a eseguire, così come il tunnel carpale o le analisi per l'ipertensione, all'ospedale Di Venere, che è l'ospedale vicino a Triggiano, ma che dovrebbe essere l'ospedale d'eccellenza per chi abita in tale paese.

Per completare, assessore, sempre per il rilancio della sanità in Puglia, oltre agli ospedali non da chiudere, ma da riconvertire, vorremmo capire una volta per tutte quali sono i fondi ancora disponibili relativi all'ex articolo 20 e quali sono gli ospedali nuovi che potremo realizzare nel futuro, se sono quelli che erano già stati individuati da una vecchia delibera di Giunta regionale o se esiste la possibilità, oltre che l'ospedale di Taranto – spero, ma sono sicuro, che i 60 milioni che prima erano stati destinati alla Fondazione Mediterraneo saranno utilizzati ancora per la sanità di Taranto, dove si registrano il minor numero di posti letto rapportato al numero dei residenti e degli abitanti della provincia e il maggior tasso di mobilità passiva, cioè il numero di pazienti che emigrano verso altre province, ma a volte anche extra regione – anche nelle altre province ci siano ospedali che possano racchiudere le esperienze di altri che, invece, andranno disattivati.

Colgo l'occasione – non l'ho fatto ancora pubblicamente, ma solo privatamente, perché è la prima volta, da quando lei è diventato assessore, che prendo la parola sulla sanità – di porgerle gli auguri per il nuovo incarico. Grazie.

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

LOSAPPIO. In questi giorni in televisione abbiamo visto il quadro della situazione di ospedali di grandi città come Roma e Napoli e altre notizie non rassicuranti di questo genere ci arrivano dalla Calabria e dalla Sicilia.

In sostanza, tutte le Regioni sottoposte al Piano di rientro per diverse motivazioni, o perché commissariate, o perché, come la nostra, hanno sfiorato il Patto di stabilità, in particolare quelle meridionali, si trovano in una condizione di fortissima sofferenza, che ha le sue motivazioni, com'è stato ampiamente spiegato, sia nella relazione, sia in alcuni interventi, come quello del collega Palese, nelle dinamiche dell'attribuzione dei fondi o nella gestione di lunghi periodi temporali.

Noi non siamo in una condizione così eclatante. Penso che si debba riconoscere anche nelle esperienze personali – ho sentito quella capitata all'amico De Leonardis e un evento simile è successo anche a me – che, nonostante il Piano di rientro e i tagli conseguenti, il sistema ospedaliero della nostra regione rispetto al diritto costituzionale di garantire la cura dei cittadini non ha subito un peggioramento e un'involuzione.

Svolgerò ora un discorso diverso sul miglioramento di quel sistema e sul procedere in senso opposto. Certamente l'applicazione del Piano di rientro non ha comportato, come in altre regioni, un visibile, sostanziale e radicale peggioramento delle condizioni di cura dei nostri concittadini, ossia dei pugliesi.

Colleghi, noi abbiamo subito questo Piano di rientro. Non è un prodotto delle nostre autonome scelte. Il fatto che, come è stato sottolineato dall'assessore e dall'amico Palese, si voglia trasformare una disgrazia in un evento favorevole, in un'opportunità, un discorso su cui convergo, non significa che sia stata una nostra autonoma scelta.

Non lo rilevo per una logica ospedalocentrica, che non è mai appartenuta al bagaglio culturale e programmatico della sinistra, ma perché eravamo consapevoli che, nel momento in cui si deve riordinare, tagliare ed elimi-

nare ciò che non va, se non si ha contemporaneamente, se non prima, un sistema territoriale che faccia da paracadute, si possono ottenere effetti che vanno in senso opposto alle proprie buone intenzioni.

Per questo motivo se il Piano di riordino fosse stato conseguente al Piano della salute della Regione Puglia, avrebbe avuto tempi, ritmi e modalità diversi da quelli che abbiamo dovuto concordare sotto le forche caudine dei tecnici della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze. Non si può disconoscere, infatti, che questo Piano di rientro è firmato in primo luogo dall'allora Ministro Tremonti. La prima firma è la sua.

Noi abbiamo dovuto muoverci in questo contesto e in queste condizioni. Ogni tentativo di riequilibrare in via o legislativa – anche questo aspetto è stato evidenziato dagli amici del PD e dallo stesso Palese – oppure amministrativa, con le RSA e con la medicina territoriale, questi tagli, questi deficit che si andavano a produrre di urgenza, di impatto, in così poco tempo, come è stato ricordato dall'assessore Attolini, in uno spazio temporale concentrato, doveva comunque tener conto del Patto di stabilità, delle regole e del controllo occhiuto dei tecnici del ministero. Parlo di controllo occhiuto e, se volete, anche irritante, giacché il Ministero dell'economia e delle finanze è stato, nella gestione Tremonti, il principale responsabile del rischio di *default* del nostro Paese.

Pertanto, non siamo disposti a subire e ad accettare lezioni su come si gestiscono i conti della Regione Puglia da parte di quel Ministero e dei suoi tecnici, ossia da chi ha tale pesante responsabilità sulle proprie spalle, al punto che perfino il suo schieramento politico, il Popolo della Libertà, ha fatto di tutto per liberarsi di quel fardello in Parlamento. Mi riferisco al Ministro, anzi all'ex Ministro.

Noi ci siamo dovuti muovere in queste condizioni e abbiamo ottenuto una riduzione del deficit che non può essere considerata come normale, come automatica, come con-

seguito, come un effetto indotto, perché, quando il deficit passa da 460 a 163 milioni di euro, ciò significa che c'è stata una gestione determinata e forte, una direzione della crisi.

La crisi che noi abbiamo vissuto nel sistema ospedaliero è stata diretta e ha ottenuto i risultati che ho citato. Ho già ricordato che il nostro Piano della salute aveva altre scadenze e altri tempi, ma abbiamo comunque ottenuto quei risultati. Non mi risulta che in tante altre Regioni la situazione stia evolvendo in quella maniera.

Si può fare di meglio? Si possono togliere più sprechi? Si può essere più corretti negli equilibri territoriali? Tutto è possibile, ma i numeri ci indicano che un piccolo miracolo è stato compiuto sul versante della riduzione dei danni, almeno sul fronte finanziario, in questa Regione.

Ci troviamo di fronte ora a una seconda parte dei nostri obblighi, quella che riguarda il 2012. Si tratta di altri 800 posti letto in meno, una parte dei quali riguarda la sanità privata, con tutto il meccanismo indotto, un po' oggettivo e un po' soggettivo e ricattatorio, di licenziamento e di scaricamento della crisi sui lavoratori, ossia sui dipendenti. È un meccanismo un po' oggettivo e un po' ricattatorio e artefatto quello che ci ritroveremo in questi mesi. Sarà una situazione difficile.

L'assessore Attolini ha affermato che il suo impegno è quello di portare la Regione Puglia alla conclusione del 2013 fuori dal Piano di rientro. Io credo che siano parole di verità e di saggezza, perché vedo difficile ottenere un effetto moltiplicatore e miracolistico del caso Massafra, che ho sentito, o di tanti altri in questo 2012, a fronte di tagli di altri 800 posti letto e del problema dei punti nascita che, come è stato osservato, certamente rientrano in una forma di ammodernamento.

Per come esso è stato impostato, però, si tratta di un altro taglio ospedaliero. In quanto risponde all'abuso del parto cesareo, il che credo riguardi anche la nostra regione, l'intervento del ministero è un intervento fina-

lizzato alla difesa della salute delle donne e della maternità. Quanto alla riduzione dei punti nascita e dei posti conseguenti decisa in cabina di regia a Roma, invece, per me il primo elemento è rappresentato dalla matematica e dai costi di quella cabina di regia, dopo il quale viene il discorso dell'ammodernamento.

Noi, quindi, abbiamo davanti un 2012 di questo genere. Riusciremo a tentare un riequilibrio fra medicina del territorio e tagli ospedalieri in questo periodo? Qualsiasi sforzo in tal senso è opportuno. Non vedo la necessità da parte di nessuno di questa maggioranza di rivendicare nei confronti del Governo regionale, del Presidente della Regione e dell'assessore addetto una maggiore sensibilità e quasi una minivertenzialità su chi sia più attento alle dinamiche del territorio e alle esigenze di salute dei cittadini, perché siamo tutti attenti. Il problema è che i miracoli non sono riusciti a realizzarli nemmeno l'unto del Signore, né il personaggio in loden. Accetto comunque il suggerimento del collega Marmo.

Vado alla conclusione e rientro nei ruoli. Per il 2013 la situazione dovrebbe essere completamente diversa. A questa situazione diversa noi arriveremo meglio se iniziamo a sperimentare una parte di quelle opportunità che sono state citate e indicate.

Penso che l'intervento del collega Palese, con la sua disponibilità in tal senso, sia stato genuino e sincero, nonostante lo scalpito degli interventi dei suoi colleghi di Gruppo, che si uniformano alle polemiche che i parlamentari e i sindaci muovono nei territori per guidare contro la Regione, come ci ricordava il collega Pentassuglia, l'insoddisfazione e i problemi che nascono dal taglio dei posti letto previsti dal Piano di riordino.

Vedo nel filo culturale dell'intervento dell'amico Palese una disponibilità di chi coglie che nell'attuale contesto politico anche nazionale, che io non apprezzo, ma che, essendoci, è bene gestire, esistono le condizioni per poter migliorare e mettere mano ad alcuni nodi e grovigli che, per motivi anche di politi-

ca, di schieramento e di giustapposizione, non si è mai riusciti a sciogliere.

In Puglia non abbiamo bisogno dei tecnici per sanare alcune incongruenze della politica. Lo possiamo fare noi da soli in questo spirito di ritrovata collaborazione.

PRESIDENTE. Grazie. Dichiaro chiusa la discussione generale sulla relazione resa al Consiglio dall'assessore Attolini.

Credo che l'assessore abbia l'interesse, l'attenzione e il desiderio di replicare.

Invitandolo a contenere i tempi, senza tuttavia svolgere una replica che possa apparire lacunosa, do la parola all'assessore Attolini.

ATTOLINI, assessore alla sanità. Innanzitutto ringrazio tutti voi per l'attenzione nei confronti del documento e, forse implicitamente, per quella rivolta a me personalmente. Ringrazio tutti voi anche per le parole che avete usato nei miei confronti. Si tratta di un ringraziamento ufficiale e collettivo.

L'intensità del dibattito, la sua ricchezza e la sua articolazione mi hanno suggerito due considerazioni. Credo che il documento sia stato stimolante e che, quindi, abbia effettivamente suscitato alcuni quesiti, interrogativi e riflessioni in tutti voi. Ad alcuni di questi interrogativi e di queste riflessioni probabilmente il documento ha già risposto. Forse su altri temi esso risulta impreciso o incompleto. Ciò è in parte dovuto anche al tempo che ho avuto a disposizione per redigere il documento.

Qualcuno ha affermato giustamente – se non ricordo male, era proprio il consigliere Romano – che demonizziamo continuamente l'attenzione sull'assistenza ospedaliera e che poi, di fatto, continuiamo a parlare di assistenza ospedaliera. Sembra un paradosso, ma, in realtà, non possiamo non partire dall'assistenza ospedaliera, perché nel nostro sistema di offerta l'assistenza ospedaliera rappresenta l'elefante da cui non possiamo prescindere.

Il secondo aspetto che ho colto negli interventi di tutti e che si riflette anche nella mia

sensazione personale è un elemento di giusta preoccupazione nei confronti della tenuta del sistema e anche forse di necessità di informazioni.

Ho colto l'apprezzamento nei confronti del documento anche rispetto a una carenza informativa che probabilmente vi era stata negli ultimi tempi, carenza informativa alla quale il documento risponde forse non in tutto, anche perché una parte di questi dati è entrata nella mia disponibilità solo recentemente. Soltanto dopo aver acquisito i dati relativi soprattutto all'offerta ospedaliera del 2011, ossia i dati di attività del 2011, ho potuto elaborare con una visione più ampia la mia riflessione. Questo è il punto per quanto riguarda la prima osservazione.

Devo ricordare a tutti voi, e a me per primo, che ho esordito sostenendo di essermi attribuito un compito – credo di farlo ad alta voce e collettivamente –, che è quello di portare la Puglia al di fuori del Piano di rientro. Ciò non significa che siamo già fuori dal Piano di rientro, ma che, e il documento lo dimostra e lo documenta, abbiamo conseguito alcuni risultati. Qualcuno ha sollecitato altri dati più puntuali – mi riferisco ad alcune osservazioni svolte dal consigliere Surico –: avrò e avremo sicuramente la possibilità di confrontarci anche su questi dati. Il documento espone lo stato di avanzamento di un progetto complessivo di risanamento di un'organizzazione del sistema che ha già prodotto alcuni risultati concreti, riportati nel documento.

È vero, dunque, che non ne siamo fuori, ed è vero che una parte importante di strada è ancora da compiere tutti insieme, perché sul tema della sanità – condivido quanto è stato asserito da molti di voi – non ci si può dividere, né ha senso farlo, perché è in gioco la salute dei nostri cittadini. Credo, perciò, che su questa strada ci sia necessità di una convergenza da parte di tutti.

Una parte importante di strada è stata compiuta e una parte rimane ancora da compiere.

Lo devo ricordare: non siamo fuori dal Pi-

ano di rientro. Questo significa che noi siamo vincolati a quel documento. I numeri riportati sul documento – lo ricordo perché questa è testimonianza diretta e, quindi, nessuno mi può smentire, dal momento che ero presente –, alcune decisioni, alcune note, alcune norme riportate nel Piano e alcuni obiettivi sono stati “imposti”. Abbiamo avuto pochissimi margini di mediazione. Lo ricordo a tutti voi e a me per primo.

Devo evocare e rievocare alcuni momenti difficili rispetto a un'intransigenza che, lo devo ammettere, tranne che su una sola vicenda ho ritrovato anche nei confronti di altre Regioni. Voglio essere estremamente corretto nelle mie affermazioni: il totem, lo spauracchio Massicci, di cui si parla ogni tanto, è piuttosto intransigente, ma equilibrato nell'imporre a tutti gli stessi sacrifici. Il Presidente Palese lo conosce bene e, quindi, sa che non mento, quando svolgo questa considerazione. Alcune decisioni, però, sono state assunte *ob torto collo*.

Noi siamo, dunque, vincolati al documento, non siamo ancora fuori dal Piano – dovremo effettuare almeno altre tre verifiche romane sul tavolo dei Ministeri – e i numeri in esso riportati sono obbligatori, a meno che non chiediamo, ma io non sono di questo avviso, di rivedere il Piano di rientro, di aggiungere alcuni *addenda*, di revisionarlo. Non se ne parla, però, se seguiamo il filo di un mio ragionamento.

A meno che non si ricorra allo strumento dell'*addendum*, dunque, il Piano è vincolante e cogente, il che significa che, se abbiamo chiuso entro il primo anno e due mesi di vigenza del Piano 1.400 posti letto, ne dobbiamo chiudere altri 800 e che ci sarà chiesto se questi 800 sono distribuiti fra 340 pubblici, 120 ecclesiastici e 300-270 privati, e, se non lo sono, perché. Vi assicuro che il livello di valutazione e di monitoraggio è quasi ossessivo.

Noi possiamo sicuramente rivendicare, come ho sentito fare da molti di voi e come

affermando anch'io nella mia relazione introduttiva, la nostra sovranità, perché abbiamo la sensazione di una perdita di sovranità. Possiamo sicuramente rivendicare il ruolo della politica in questo senso, ma su alcuni numeri e obiettivi, che sono rientrati nel Piano di rientro, non abbiamo margini di manovra: così è; se non vi piace, quella è la finestra. Purtroppo il livello è questo.

Mentre sostengo che il nostro sforzo comune, che mi auguro il più possibile condiviso, è quello di portare la Puglia fuori dal Piano, devo ricordare a tutti che comunque gli obiettivi indicati nel documento, ossia nel Piano operativo, sono quelli e che non se ne può derogare.

Ciò premesso, mi sembrava, ma probabilmente quanto ho osservato non è ancora sufficiente, non solo di aver indicato nel documento qual è la filosofia che ha ispirato la prima parte del Piano di rientro, che io ho definito la parte regressiva e quasi autopunitiva, ma di cui riconosco la necessità e il ruolo di occasione e di opportunità per la riorganizzazione del sistema, ma anche – se volete, la riprendo – di aver individuato e indicato, sia pure velocemente, qual è la strategia che animerà la nostra azione e che ci deve guidare nella seconda fase, che è, invece, la fase propositiva, quella non regressiva, ma ricostruttiva del sistema.

Ho indicato alcuni elementi metodologici, ma la metodologia riguarda soprattutto la definizione della seconda fase di riordino ospedaliero, una metodologia già condivisa e apprezzata dai ministeri. Peraltro, abbiamo avuto l'occasione di ospitare in questa sede alcuni medici dell'AgeNaS, che hanno molto apprezzato le modalità con cui stiamo procedendo.

Mi soffermo ancora un attimo, *ad abundantiam*, sull'aspetto ospedaliero per riferirvi che una delle mie preoccupazioni principali è la riorganizzazione del sistema dell'emergenza-urgenza. Io ritengo che essa non passi soltanto attraverso il potenziamento degli organici, ma che richieda anche la precisa definizione di

protocolli di linee, di percorsi da condividere all'interno, quali 118 e ospedale, e al fuori dal sistema, ossia dimissioni, dimissioni protette e integrazione ospedale-territorio.

Il ragionamento è molto complesso e non poteva essere contenuto e sintetizzato in poche pagine, ma in questo percorso, in questa traiettoria, che è poi la traiettoria di vita all'interno della quale si gioca il destino di ogni singolo paziente, il pronto soccorso ha una funzione strategica, che può essere garantita attraverso non soltanto la ridefinizione delle piante organiche, ma anche la definizione di questi percorsi, di questi protocolli.

Ha fatto bene il consigliere Damone a ricordare che i NAS, nella loro visita ispettiva nel pronto soccorso degli Ospedali riuniti di Foggia, hanno estremamente apprezzato la situazione. Io ho avuto la relazione dei NAS e ho immediatamente riferito il fatto a Roma alla Conferenza dei Presidenti. Ho riferito direttamente al Presidente Errani, che era scettico, e anche al Presidente del Veneto che avrei portato loro il documento.

Il destino del Piano di rientro si gioca, soprattutto nella prima fase, ossia quella dell'impatto, che sicuramente è, perlomeno nella percezione dei cittadini, un impatto negativo, sullo stato e sulla tenuta del sistema. Su di essi si gioca il successo di questa operazione, soprattutto a livello del pronto soccorso, ovvero della tenuta del funzionamento del sistema di emergenza-urgenza.

Ciò significa anche implicitamente, passando a trattare il tema del personale, un tema che è a sua volta molto complesso e che rischia di non esaurire in queste poche parole, che nell'identificazione delle priorità che devono essere oggetto delle deroghe o comunque dell'avvio di una nuova fase concorsuale, fase che mi auguro il più possibile vicina per risolvere numerose problematiche, le carenze di personale del pronto soccorso sono al centro, al primo posto della mia attenzione. Inoltre, vi sono ovviamente anche le anestesie e le radiodiagnostiche.

Ciò mi consente di rispondere anche a chi ha giustamente, ancora una volta, evidenziato i ritardi di allungamento delle liste di attesa. Uno dei punti critici è legato proprio alla scarsa funzionalità soprattutto delle grandi macchine, ossia delle radiodiagnostiche, e alla carenza di personale. Non sono le uniche ragioni, ma si tratta in particolare di queste.

Per quanto riguarda la seconda fase del Piano di rientro, quella della reingegnerizzazione del sistema, io avevo indicato almeno le linee generali della riprogrammazione. Ricordo che ho inserito le relative schede e che esse non contengono notizie false. Riconoscete la buona fede anche di chi ha collaborato con me alla raccolta di questi dati.

Tali schede vogliono dimostrare che sul territorio non partiamo dall'anno zero. C'è molto da fare, ma esiste una rete di servizi territoriali sviluppata. Anche all'interno di questa il problema è la carenza di personale e, molto spesso, una non precisa definizione dei percorsi.

Per questo motivo, oltre al pronto soccorso e alla riorganizzazione dell'emergenza, è per me strategica anche l'integrazione tra ospedale e territorio. È uno dei temi su cui stiamo discutendo a Roma, perché è un elemento critico in moltissime Regioni. Soprattutto non sono state definite modalità organizzative precise. Ogni Regione ha lavorato per conto suo, compiendo anche fughe in avanti che molto spesso non possono essere seguite da altre.

Esiste, dunque, una rete su cui lavorare. Ricordo anche che per la gran parte degli ospedali non ancora disattivati, tranne per quello di Poggiardo, possiamo affermare che nessuno di quei contenitori è vuoto. In tutti quei contenitori sono già state trasferite alcune attività. La logica è quella di utilizzare tali contenitori anche per produrre un risparmio degli affitti e per centralizzare i servizi e le strutture di offerta territoriale in una prospettiva di integrazione forte di tutta l'offerta all'interno dello stesso contenitore.

L'esempio di Massafra è molto indicativo.

Ricordo bene che cosa era accaduto nella prima fase. Non so se il Sindaco si fosse incatenato a Massafra o a Mottola, ma c'era stato un grandissimo allarme. Peraltro, al di là di alcune esasperazioni, il Sindaco di uno dei Comuni in cui abbiamo deciso la disattivazione dell'ospedale, il giorno prima era con noi, con Tommaso e con me, in una riunione e si era dichiarato perfettamente d'accordo con questa operazione, salvo poi denunciarcì il giorno dopo per interruzione di pubblico servizio. Ci sono stati, dunque, alcuni episodi di questo tipo, ma la situazione si è rivelata diversa rispetto all'allarme sociale delle comunità di quei Comuni e di quelle sedi a distanza di mesi. A Massafra, per esempio, con soddisfazione dei cittadini, c'è una grande erogazione di servizi da parte di quelle strutture.

La filosofia, la logica che stiamo seguendo è intanto quella della riconversione e della riutilizzazione dei contenitori, con uno spostamento il più possibile al loro interno, anche nella logica del risparmio degli affitti e della razionalizzazione degli spazi, e quella degli investimenti, soprattutto di quelli dell'Asse PO FESR, concentrati all'interno di tali strutture.

Inoltre, miriamo alla valorizzazione degli investimenti già previsti ai fini della riconversione di quegli stessi edifici, di quelle strutture. È stato lamentato da alcuni, per esempio, il fatto che si siano spese, anche in questi anni, risorse finanziarie per ammodernare le sale operatorie di ospedali che poi sono stati disattivati.

Voglio ricordare che uno degli elementi della riconversione è proprio la capacità di trasformare e utilizzare queste strutture anche per attività di tipo territoriale. Nelle sale operatorie nelle quali non si opereranno più pazienti ricoverati si svolgeranno attività di *day service* chirurgico. L'attività viene garantita e, quindi, la struttura non viene persa. Quei soldi non sono stati inutilmente investiti. Questo è l'altro elemento che va considerato.

Questa è la filosofia generale della riorga-

nizzazione del territorio. Se poi leggete attentamente le schede, come vi invito a fare, il progetto è già delineato per grandi linee. È chiaro che molti altri interventi devono essere compiuti. Abbiamo molte richieste e molti progetti sono in corso. Bisogna riorganizzare la rete delle residenze sanitarie, bisogna rivedere il sistema delle residenze psichiatriche e via elencando. Sono ancora tante le cose da fare.

Non mi attribuisco capacità di onnipotenza e credo che nessuno di noi le abbia. Voglio ricordare a tutti che le Regioni più virtuose, quelle che hanno già compiuto un percorso difficile, come l'Emilia-Romagna e la Toscana, in cui si sono verificate grandi tensioni all'epoca della chiusura degli ospedali, ma che hanno portato a termine il processo di reingegnerizzazione e riorganizzazione, hanno impiegato dieci anni, peraltro non stimolate da un Piano di rientro, ma nell'ambito della programmazione.

Noi stiamo cercando, e abbiamo già ottenuto alcuni risultati, di riorganizzare il sistema in pochissimo tempo. Non credo che riusciremo a fare tutto entro dicembre, ma porremo sicuramente le basi per definire il sistema sanitario pugliese del futuro.

Quest'ultimo ragionamento chiama in causa il tema dell'edilizia sanitaria, cui vorrei dedicare un momento specifico. Forse non abbiamo il tempo di esaminarlo, ma voglio solo ricordarvi che, per quanto riguarda gli accordi di programma relativi all'ex articolo 20, *tranche* 2004 e 2007 – non parlo dell'ultimo CIPE 2008-2009, i cui fondi sono ancora effettivamente bloccati, ma sono a nostra disposizione –, tali fondi sono stati praticamente tutti finanziati e investiti e quasi interamente spesi in opere.

Anche su questo punto faremo sicuramente maggiore chiarezza maggiore e comunicheremo i dati. Sarei pronto a farlo già oggi, ma preferisco svolgere una riflessione ulteriore su questi dati. Tutti i dati comunque saranno resi ufficiali e saranno comunicati in relazione a

quanto è già stato compiuto in funzione degli accordi precedenti.

Voglio trattare velocemente tre ultimi temi, che hanno in comune un elemento che è stato segnalato da molti. Non ricordo chi ha parlato di *governance* del sistema, forse il collega Zullo o il Presidente Palese. Che cosa significa *governance* esattamente? Significa definire una linea decisionale, ma nel rispetto dell'autonomia di tutti, quindi anche dei direttori generali. È un tema che avevamo inserito anche nel Piano della salute.

Ricordo a tutti voi che l'esperienza naufragata dei PAL, finita male perché eravamo nell'imminenza del Piano di rientro, ha significato comunque, perlomeno ai miei occhi, ma se ne può discutere, un momento di capacità progettuale delle ASL.

Posso permettermi di ricordare un aneddoto che riguarda il Presidente Palese. In quel periodo ci incontrammo e lui mi disse che avevo ragione, ma che io avrei dovuto decidere e che spettava agli altri eseguire. Non so se riconosci la paternità di quest'affermazione, collega, però ricordo che avevamo discusso della questione.

Al di là di questo episodio aneddótico, io credo che vada comunque riconosciuta un'autonomia anche al *management*, che deve poi essere valutato sulla base di obiettivi certi e valutando i risultati ottenuti. È necessario effettivamente, soprattutto su processi innovativi come le internalizzazioni o su questioni estremamente delicate come le stabilizzazioni, tentare di omogeneizzare quanto più possibile le procedure per evitare poi disparità, divergenze, conflittualità o microconflittualità. Ho recepito sicuramente questi suggerimenti e ne farò tesoro. Esiste un'idea, che però preferisco non esporre per il momento.

È stato riconosciuto da tutti, ragion per cui vi ringrazio e lo rivendico, che la mia azione vuole essere estremamente rispettosa delle opinioni di tutti e soprattutto delle norme. È molto difficile talvolta trovare una soluzione all'interno di un percorso strettissimo che, da un

lato, sia rispettoso delle norme e, dall'altro, vada incontro alle esigenze di tutti. È estremamente difficile individuare questa strada, ma ci sto provando anche con la collaborazione e con il concorso di tutti voi. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, assessore.

Dovremmo ora passare all'esame del provvedimento di designazione del direttore generale dell'ASL di Foggia.

ALFARANO. Domando di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ALFARANO. Presidente, durante il dibattito è emersa la necessità di fare chiarezza sulla posizione dei de-stabilizzati. Diversi consiglieri regionali hanno rivolto l'invito all'assessore a fornire chiarimenti sulla strada che verrà seguita nei prossimi giorni. Lei sa bene, infatti, che erano già cominciate alcune conciliazioni per assestare il personale, che poi sono state interrotte. Grazie.

PRESIDENTE. Ritengo che l'assessore abbia già risposto. Se vuole, però, può chiarire meglio la posizione.

ATTOLINI, *assessore alla sanità*. Sulle internalizzazioni effettivamente noi stiamo elaborando alcune linee-guida che saranno pronte a breve. Ci stiamo già lavorando da diverso tempo. La finalità è quella di attribuire regole generali a tutto il sistema.

Sulle stabilizzazioni ho affermato che ho bisogno di prendermi ancora alcuni giorni di riflessione. Ho anche ricordato che le soluzioni devono essere nel rispetto delle norme esistenti, salvaguardando il più possibile il destino di questi lavoratori, di questi colleghi che oggi ho incontrato. Sono estremamente sensibile al vostro problema.

Qualcuno ha sostenuto che la politica verrà in soccorso, il che va bene. Qualunque soluzione troviamo, però, deve essere certa e non

pasticciata, perché le soluzioni pasticciate producono più danni di quelli che forse momentaneamente risolvono.

Questa è la mia opinione. Mi riservo, però, di fornire valutazioni più dettagliate in seguito. Credo di aver risposto.

PRESIDENTE. Colleghi, il dibattito è concluso.

L'assessore ha avuto la cortesia di chiarire la posizione ed è stato esplicito in merito.

Deliberazione Giunta regionale n. 213 del 31/01/2012 “Art. 3-bis d.lgs. 502/1992 s.m.i. – Art. 24 l.r. n. 4/2010 s.m.i. – Designazione Direttore Generale ASL FG e richiesta parere ai fini della successiva nomina. Transitoria gestione commissariale”

PRESIDENTE. L'ordine del giorno, al punto n. 22), reca: «Deliberazione Giunta regionale n. 213 del 31/01/2012 “Art. 3-bis d.lgs. 502/1992 s.m.i. – Art. 24 l.r. n. 4/2010 s.m.i. – Designazione Direttore Generale ASL FG e richiesta parere ai fini della successiva nomina. Transitoria gestione commissariale”».

Ha facoltà di parlare il relatore.

(La relazione che segue viene data per letta).

MARINO, *relatore*. Signor Presidente, colleghi consiglieri, con questo provvedimento il Consiglio regionale è chiamato a esprimere il parere, previsto dalla legge n.4/2010, per la nomina del direttore generale della ASL di Foggia che la Giunta regionale ha designato in data 31 gennaio 2012.

Com'è noto, l'art. 3-bis del D. Lgs. n. 502/1992 stabilisce che la nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'Ufficio. Tuttavia, l'art. 24 della legge regionale n. 4/2010 ha definito le modalità e le procedure per la nomina dei Direttori generali delle aziende ed Enti del Servizio

sanitario regionale, prevedendo che il competente Servizio dell'Assessorato alle Politiche della salute predisponga e aggiorni annualmente un elenco regionale dei candidati idonei per titoli (co. 1); che sulla base dell'elenco di cui al co. 1 una Commissione di esperti appositamente nominata dalla Giunta regionale (co. 4) predisponga, a seguito di idonea valutazione, un elenco regionale dei candidati idonei per titoli e colloquio (co. 6); che l'individuazione dei Direttori generali della ASL del SSR venga effettuata dalla Giunta regionale attingendo al predetto elenco dei candidati idonei per titoli e colloquio di cui al co. 6.

Il medesimo art. 24 L.R. 4/2010 s.m.i. stabilisce, al comma 12, che "la successiva nomina del direttore generale è effettuata dalla Giunta regionale previa acquisizione del parere della Conferenza dei sindaci dell'Azienda sanitaria locale, del parere del Consiglio regionale della Puglia, da rilasciarsi entro trenta giorni dalla data della richiesta, e del parere del Comitato consultivo misto dell'Azienda sanitaria, di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come da ultimo modificato dall'articolo 12 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e all'articolo 6 della legge regionale 3 agosto 2006, n. 25 (Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale), fatto salvo comunque il carattere fiduciario della nomina".

La III Commissione consiliare, nella seduta del 15 febbraio 2012, ha espresso il parere favorevole alla D.G.R. n. 213 del 31 gennaio 2012, avente ad oggetto la designazione del Direttore Generale della ASL di Foggia, la richiesta di parere ai fini della successiva nomina, nonché la transitoria gestione commissariale, e la sottopone all'esame di questa Assemblea.

PRESIDENTE. Non essendovi consiglieri iscritti a parlare, pongo ai voti la deliberazione di Giunta regionale n. 213 del 31/01/2012.

È approvata.

**Disegno di legge n. 11 del 05/07/2010
"Nuove norme in materia di bonifica integrale e di riordino dei Consorzi di bonifica"**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno, al punto n. 2), reca: «Disegno di legge n. 11/2010 del 05/07/2010 "Nuove norme in materia di bonifica integrale e di riordino dei Consorzi di bonifica"».

Ha facoltà di parlare il relatore.

GIANFREDA, *relatore*. Signor Presidente, colleghi consiglieri, come ho già avuto modo di fare quando abbiamo discusso e approvato la legge n. 12/2011, voglio ringraziare preliminarmente tutti i componenti della Commissione che mi onoro di presiedere per il senso di responsabilità con il quale abbiamo tutti insieme affrontato la discussione sul disegno di legge proposto dalla Giunta. Ciascuno ha inteso contribuire alla costruzione di un testo il più efficace possibile, nella consapevolezza che la situazione dei Consorzi di bonifica in Puglia presenta dei profili di grave criticità determinati principalmente da un diffuso clima di sfiducia che da anni investe i Consorzi ai quali i soggetti consorziati non riconoscono l'utilità dei servizi offerti.

Da tempo si discute della necessità di approvare una legge organica di riforma che deve consentire di superare le criticità rilevate nella gestione dei Consorzi. Nel luglio 2006 la Giunta regionale esaminò il disegno di legge "Nuove norme in materia di bonifica integrale e di riordino dei Consorzi di bonifica" che approdò in Consiglio regionale nel dicembre 2007, dopo l'esame di merito della IV Commissione.

PRESIDENTE. Colleghi, se facciamo

svolgere la relazione al collega Gianfreda, concluderemo i lavori e li aggiorneremo a domattina. Consentiamo, però, di completare i lavori, nel rispetto del collega che sta offrendo la sua collaborazione al Consiglio.

GIANFREDA, *relatore*. Non nel rispetto mio, ma nel rispetto dell'Aula, Presidente.

PRESIDENTE. Innanzitutto per rispetto nei suoi confronti. Prego.

GIANFREDA, *relatore*. Prima dell'esame del testo di legge da parte del Consiglio regionale, il Governo centrale emanò il decreto legge del 31 dicembre 2007, n. 248, convertito con modificazioni nella legge del 28 febbraio 2008, n. 31, il cui art. 27 prevedeva che le Regioni, entro il 30 giugno 2008, potevano procedere al riordino dei Consorzi di bonifica e di miglioramento fondiario, nel rispetto dei principi di massima indicati nel decreto medesimo.

Il decreto prevedeva che il riordino avvenisse secondo criteri definiti di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, su proposta dei Ministri delle Politiche agricole alimentari e forestali e delle Infrastrutture.

Il Consiglio regionale ritenne, pertanto, di non procedere alla discussione della proposta legislativa di riordino dei Consorzi nelle more della adozione dei criteri previsti dal richiamato art. 27.

Con il parere n. 187/CSR del 18 settembre 2008 è stata sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano l'intesa sulla Proposta per l'attuazione dell'art. 27. Il disegno di legge, oltre ad una parte inerente l'organizzazione strutturale dei Consorzi, prevedeva alcuni interventi finanziari ed organizzativi necessari per tenere conto del lungo periodo di commissariamento che ha interessato alcuni Consorzi e, comunque, del-

la mancanza di ordinarietà nella gestione dei Consorzi, per effetto di alcuni interventi normativi sulla materia dettati da condizioni di straordinarietà.

La IV Commissione consiliare permanente ha quindi proceduto al suo riesame adeguandolo ai criteri di attuazione previsti dall'art. 27 e lo ha licenziato, in via definitiva, nella seduta del 14 maggio 2009.

Il Servizio Ragioneria per il rilascio del prescritto parere finanziario, indispensabile per consentire il prosieguo dell'iter procedurale del disegno di legge, ha formulato alcuni rilievi per la cui soluzione la IV Commissione ha ritenuto necessario la rielaborazione del testo di legge.

Il nuovo testo è stato riproposto all'esame della Giunta regionale che lo ha licenziato nella seduta del 22 gennaio 2010.

Attesa l'intervenuta scadenza della legislatura l'iter procedurale di approvazione del disegno di legge non è stato completato.

La nuova Giunta regionale nella seduta del 5 luglio 2010 ha nuovamente esaminato e licenziato il testo della legge di riforma dei Consorzi di bonifica sulla quale è stato anche acquisito il parere di regolarità contabile da parte del Servizio Bilancio e Ragioneria.

Questa è la cronistoria di ciò che è avvenuto.

La IV Commissione, all'avvio dei propri lavori (7 ottobre 2010) al momento della discussione generale ritenne opportuno ascoltare (anzi riascoltare) tutti gli Enti ed Organismi interessati dalla legge di riforma che furono convocati per una audizione in data 26 novembre 2010.

L'avvio dei lavori della IV Commissione per il necessario esame del testo del disegno di legge, ha fatto emergere talune difficoltà legate essenzialmente alla presenza nel testo originario sia di norme di carattere organizzativo strutturale sia di norme di natura finanziaria a carattere straordinario.

Per agevolare l'iter di esame ed approvazione del disegno di legge, divenuto ormai

necessario ed improcrastinabile, è stato proposto un emendamento teso a scorporare dalla legge di riforma tutte le norme di natura finanziaria a carattere straordinario, che sono andate a costituire un autonomo intervento normativo esaminato dalla Giunta regionale nel marzo 2011.

La Commissione ha, quindi, proceduto alle valutazioni dei singoli articoli ed alla fine di una lunga serie di sedute (10) e dopo ampio e costruttivo dibattito fu approvato il testo definitivo che nel marzo del corrente anno è stato trasmesso agli Uffici per le necessarie rifiniture di carattere tecnico-legislativo.

Il Servizio Affari e Studi giuridici e Legislativi del Consiglio regionale in data 5 aprile u.s. ha espresso il proprio parere in merito alla legittimità del disegno di legge avanzando alcune proposte che la Commissione ha esaminato e recepito nella seduta del 16 gennaio u.s. (quindi siamo alla undicesima seduta).

Condividendo il contenuto della relazione di accompagnamento predisposta dalla Giunta, si osserva che il primo risultato che la legge di riforma consente di raggiungere è quello di recuperare l'autogoverno dei Consorzi, Enti pubblici rispetto ai quali la Regione deve esercitare solo compiti di tutela e di vigilanza.

La legge ci consente di superare un lungo periodo di gestione straordinaria determinata da ragioni di criticità economico-finanziaria ed anche da una frammentazione normativa per la quale sono venuti meno i poteri di controllo sugli atti dei Consorzi, sono stati sospesi i ruoli per la riscossione dei contributi, sono stati nominati commissari e sospese le procedure per il rinnovo delle cariche sociali.

Quello che invece la legge non può fare sino in fondo è recuperare autorevolezza ai Consorzi ed ai loro organi e utilità e dignità ai servizi che questi enti pubblici rendono ed al loro ruolo. Questo è compito di tutti gli attori istituzionali, della politica e dei singoli cittadini.

Occorre riconoscere l'utilità dei Consorzi, insita nel loro ruolo ed emersa in tutta la sua

spontaneità in questo lungo periodo di gestazione della legge di riforma, se è vero come è vero che ogni volta che i Consorzi si sono trovati nella difficoltà finanziaria che non consentiva la completa erogazione dei servizi, da più parti sono intervenute sollecitazioni e lamentele.

All'esame del Consiglio giunge un disegno di legge dal quale, come già detto, sono state scorporate tutte le norme di carattere finanziario e che rispetto al testo licenziato dalla Giunta nel luglio 2010 ha anche innovato in maniera sostanziale: non è stata più prevista la nascita del Consorzio di bonifica del Salento riveniente dalla fusione degli attuali Consorzi di bonifica "Arneo" - "Ugento Li Foggi" - "Stornara e Tara"; è stato reso meno farraginoso e più organicamente disciplinato il sistema delle elezioni del Consiglio di amministrazione e ne è stato ridotto il numero dei componenti elettivi, tre solamente rispetto a quanto previsto dal vecchio articolo 30 (un numero variabile da 10 a 20); è stata ampliata la platea dei provvedimenti consortili da sottoporre al controllo di legittimità e di merito della Regione.

Va poi rammentato che il mutato quadro economico e finanziario complessivo, la riduzione dei trasferimenti statali connessi alle funzioni delegate in materia di bonifica integrale, i vincoli di contenimento della spesa e di rispetto del Patto di stabilità oltre che una complessiva difficoltà del bilancio della Regione Puglia hanno determinato la necessità di seguire parallelamente la via dell'approvazione della riforma complessiva dei Consorzi e quella di anticiparne l'autofinanziamento, attraverso la ripresa delle procedure di riscossione degli oneri di contribuzione, e di svolgere alcune attività, pure previste dalla legge, in maniera da ridurre al minimo il periodo transitorio necessario a portare a regime la nuova legge, una volta approvata.

Ciò ha portato il legislatore regionale ad emanare la L.R. 12/2011, con la conseguente nomina di un Commissario straordinario uni-

co che, anche grazie alla recente proroga delle sue funzioni, disposta con l'ultima legge finanziaria regionale, sta portando a completamento i compiti che gli sono stati affidati con la predetta norma.

Complessivamente, per effetto delle scelte fatte, anche in considerazione della stratificazione delle problematiche per i Consorzi di bonifica, si sta procedendo nella riforma dei Consorzi di bonifica in tre fasi.

La prima, avviata con la legge 12/2011, deve consentire di ripristinare l'autofinanziamento dei Consorzi attraverso la rimodulazione dei piani di classifica e la cessazione della sospensione dei ruoli disposta con leggi regionali. Contestualmente la predetta norma consente di fare una ricognizione della posizione debitoria dei Consorzi di bonifica utile ad avviare la seconda fase.

La seconda fase, che siamo chiamati ad avviare con l'approvazione del DDL posto all'esame dell'Aula, deve consentire di riavviare l'autogoverno dei Consorzi, ricostituendo gli organi di gestione ordinaria, in un quadro normativo di riferimento fortemente innovato i cui aspetti salienti sono essenzialmente rivolti a rimuovere i profili di criticità emersi in sede giurisdizionale e nella gestione dei Consorzi.

La terza fase dovrà vedere questa Aula impegnata nella emanazione di una norma di carattere straordinario, che conseguentemente alle prime due fasi e compatibilmente con i poteri e la capacità di bilancio della Regione,

individui un intervento idoneo: a contribuire al risanamento finanziario dei Consorzi; a definire una gestione possibilmente in equilibrio degli stessi che tenga conto degli oneri di contribuzione ritraibili dai servizi resi; a dimensionare la struttura consortile in modo tale che gestisca in pareggio il proprio bilancio; a consentire la istituzione di una gestione separata della debitoria pregressa che garantisca l'erogazione dei servizi senza che i debiti esistenti ne costituiscano pregiudizio.

Concludo, Presidente, con un ringraziamento doveroso, non solo a tutti i componenti della Commissione e all'assessore Stefano, ma anche e soprattutto alla struttura della IV Commissione, carente del suo dirigente, che solo con due unità operative, alle quali va il mio personale ringraziamento, gestisce una situazione non gestibile, essendo giacenti nella nostra Commissione numerosi provvedimenti che abbisognano davvero del conforto del dirigente che da dicembre ci manca.

Consegno, dunque, all'esame dell'Aula per l'approvazione la presente relazione e il relativo provvedimento.

PRESIDENTE. Grazie, consigliere Gianfreda.

I lavori riprenderanno domattina alle ore 10,30 con il prosieguo della discussione sul disegno di legge in merito al riordino dei Consorzi di bonifica.

La seduta è tolta (ore 17.14).