



CONSIGLIO REGIONALE DELLA PUGLIA

IX LEGISLATURA

66^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

lunedì 24 settembre 2012

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

INDICE

| | | | | |
|--|------|---|---|--------------------|
| Presidente | pag. | 3 | funzionale del sistema sanitario regionale | |
| Processi verbali | » | 3 | | |
| Congedi | » | 4 | Presidente | pag. 7,50,57,63,78 |
| Risposte scritte alle interrogazioni | » | 4 | Lospinuso | » 7 |
| Assegnazioni alle Commissioni | » | 5 | Zullo | » 8 |
| Ordine del giorno | » | 5 | Damone | » 11 |
| | | | Mazza | » 14 |
| | | | Surico | » 17 |
| Dibattito sulla relazione dell'Assessore alle politiche della salute sullo stato dei livelli essenziali di assistenza e sull'organizzazione | | | Cervellera | » 18 |
| | | | Cassano | » 20 |
| | | | Marino | » 22 |
| | | | Palese | » 24 |

SEDUTA N° 66

RESOCONTO STENOGRAFICO

24 SETTEMBRE 2012

| | | | | | |
|---|------|----|---|------|----|
| Romano | pag. | 30 | Curto | pag. | 45 |
| Friolo | » | 34 | Gianfreda | » | 48 |
| PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MANIGLIO | | | Buccoliero | » | 50 |
| | | | Camporeale | » | 52 |
| | | | Pellegrino | » | 54 |
| | | | Ognissanti | » | 55 |
| Lonigro | » | 36 | Lanzilotta | » | 58 |
| Negro | » | 38 | Laddomada | » | 59 |
| PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA | | | Mennea | » | 60 |
| | | | Chiarelli | » | 62 |
| | | | Attolini, <i>assessore alla sanità</i> | » | 64 |
| Gatta | » | 41 | Vendola, <i>Presidente della Giunta regionale</i> | » | 72 |
| Sannicandro | » | 43 | | | |

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA

PRESIDENTE. La seduta è aperta (*ore 11.37*).

(*Segue inno nazionale*)

Processi verbali

PRESIDENTE. Do lettura del processo verbale della seduta n. 64 del 18 settembre 2012:

Presidenza del Presidente Introna

La seduta ha inizio alle ore 12.11 con l'ascolto dell'inno nazionale.

Segue la lettura e l'approvazione del processo verbale della seduta del 4 settembre 2012.

Ha chiesto congedo il consigliere Blasi.

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

Il Presidente comunica che la Conferenza dei Presidenti ha accolto, ai sensi dell'art. 29 del regolamento interno, l'iscrizione all'ordine del giorno del ddl. "Prosecuzione della ricostruzione post sisma 2002 nell'area della provincia di Foggia", che sarà esaminato dopo i punti 1) e 4) dell'o.d.g.. La seduta di domani sarà dedicata alla relazione dell'assessore alla Sanità, mentre il dibattito si svolgerà lunedì 24 p.v. invece che il giorno 25, come precedentemente stabilito.

Primo argomento in discussione è il prosieguo esame articolato della proposta di legge Epifani, Caracciolo, De Gennaro, Ognisanti "Promozione dell'uso dell'energia da fonti rinnovabili" e proposta di legge Losappio, Cervellera, Lonigro, Matarrelli, Pastore, Sannicandro Ventricelli "Sviluppo dell'efficienza energetica e delle fonti rinnovabili per la salvaguardia del clima". Il Consiglio riprende i

lavori con la votazione dell'articolo 6 così come emendato nella precedente seduta consiliare. Per dichiarazione di voto intervengono i consiglieri Losappio, Palese, Negro, Epifani, Disabato, Damone e Mazza. Segue la replica dell'assessore Capone. Il Presidente pone in votazione mediante procedimento elettronico il ddl. Il consigliere Curto dichiara la non partecipazione al voto. Al termine dell'operazione di voto, il disegno di legge risulta approvato a maggioranza, come da scheda n. 1, allegata al presente verbale e di esso facente parte integrante. Il consigliere Epifani chiede che la legge venga dichiarata urgente. La richiesta, posta ai voti, è approvata all'unanimità (risulta assente il Gruppo I Pugliesi e il consigliere Curto).

Secondo argomento in discussione è il disegno di legge n. 15 del 17.07.2012 "Norme urgenti in materia turistica". La relazione del consigliere Gianfreda, Presidente della IV Commissione, viene data per letta. Intervengono i consiglieri Palese e Zullo. Il Consiglio procede all'esame dell'articolato. Al termine, il Presidente pone in votazione il ddl, che è approvato all'unanimità, come da scheda n. 2, allegata al presente verbale e di esso facente parte integrante. L'assessore Capone chiede che la legge venga dichiarata urgente. La richiesta, posta ai voti, è approvata all'unanimità (risulta assente il Gruppo I Pugliesi e il consigliere Pellegrino).

Terzo argomento in discussione è il disegno di legge "Prosecuzione della ricostruzione post sisma 2002 nell'area della provincia di Foggia". La relazione del consigliere Pentassuglia, Presidente della V Commissione, viene data per letta. I lavori proseguono con l'esame dell'articolato. Per dichiarazione di voto intervengono i consiglieri Lonigro, Damone, Di Gioia, Losappio, Palese e Gatta. Il Presidente pone in votazione mediante procedimento elettronico il ddl, che è approvato all'unanimità, come da scheda n. 3, allegata al presente verbale e di esso facente parte integrante. L'assessore Amati chiede che la legge

venga dichiarata urgente. La richiesta, posta ai voti, è approvata all'unanimità (risulta assente il Gruppo I Pugliesi e i consiglieri Pastore e Pellegrino).

Il Presidente dichiara tolta la seduta.

Il Consiglio è stato convocato per domani 19 settembre alle ore 11.00.

La seduta termina alle ore 14.28.

Do lettura del processo verbale della seduta n. 65 del 19 settembre 2012:

Presidenza del Presidente Introna

La seduta ha inizio alle ore 12.07.

Hanno chiesto congedo i consiglieri Gentile, Lospinuso e Vadrucci.

Primo argomento in discussione è "Relazione dell'Assessore alle politiche della salute sullo stato dei livelli essenziali di assistenza e sull'organizzazione funzionale del sistema sanitario regionale". Il Presidente informa l'Assemblea che la relazione sarà successivamente depositata presso la Presidenza, che provvederà a farne pervenire copia ai Presidenti dei Gruppi, per consentire a ciascun Gruppo gli opportuni approfondimenti prima del dibattito che, ricorda, si svolgerà lunedì 24 p.v.

L'assessore Attolini svolge la relazione. Il Presidente dà la parola al consigliere Palese per una richiesta di integrazione della relazione scritta, che, precisa, dovrà essere consegnata entro domani mattina. Segue l'intervento del consigliere Palese.

Secondo argomento in discussione è la mozione a firma dei consiglieri Damone, Palese, Tarquinio, Sannicandro, De Leonardis, Nuzziello, Di Gioia, Gentile, Marino, Lonigro, Ognissanti e Gatta dell'11.09.2012 "Raddoppio SS. 16 tratto Foggia-San Severo". Il consigliere Damone illustra la mozione. Seguono gli interventi dell'assessore Minervini e dei consiglieri Nuzziello e Lonigro.

Si registra la sospensione dell'esame dell'argomento in discussione.

Il consigliere Curto, in riferimento alla legge n. 135/2012 riguardante il riordino delle Province, chiede che venga individuato un organismo che consenta il coinvolgimento del Consiglio regionale e dei consiglieri regionali nel dibattito politico, anche ai fine di migliorare le proposte che *in itinere* si stanno formulando. Il Presidente assicura che informerà in tal senso l'assessore Dentamaro affinché possa prevedere, d'intesa con la Commissione competente, una Commissione allargata, se necessario anche con l'intervento dell'Ufficio di Presidenza.

Il Consiglio riprende l'esame della mozione "Raddoppio SS. 16 tratto Foggia-San Severo", che, posta ai voti, è approvata all'unanimità (risultano assenti i Gruppi I Pugliesi, MeP, Misto e IdV).

Terzo argomento in discussione è la mozione a firma del consigliere Damone del 14.06.2012 "Manutenzione diga di Occhito". Il consigliere Damone la illustra. Segue l'intervento dell'assessore Amati. Il Presidente pone ai voti la mozione, che è approvata all'unanimità (risultano assenti i Gruppi I Pugliesi, MeP, Misto, IdV).

Il Presidente dichiara tolta la seduta.

Il Consiglio sarà convocato a domicilio per lunedì 24 p.v.

La seduta termina alle ore 14.00.

Non essendovi osservazioni, i processi verbali si intendono approvati.

Congedi

PRESIDENTE. Ha chiesto congedo l'assessore Gentile.

Non essendovi osservazioni, il congedo si intende concesso.

Risposte scritte alle interrogazioni

PRESIDENTE. È pervenuta risposta scritta alle seguenti interrogazioni:

– Disabato: “Assegnazione d’ufficio di una unità di personale in disponibilità – artt. 34 e 34-bis – Decreto legislativo n. 165/2001”;

– De Leonardis: “Situazione tecnici della prevenzione per la sicurezza nei luoghi di lavoro ASL/FG”;

– Buccoliero: “Rischio tumore per i pazienti a cui sia stata impiantata la protesi ortopedica De Puy ASR TM della Johnson & Johnson”.

Assegnazioni alle Commissioni

PRESIDENTE. Sono state effettuate le seguenti assegnazioni:

Commissione III

Proposta di legge a firma del consigliere Zullo “Celiachia”.

Commissione VI

Proposta di legge a firma dei consiglieri Blasi e Decaro “Lettura e libro”.

Ordine del giorno

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

1) Dibattito sulla relazione dell’Assessore alle politiche della salute sullo stato dei livelli essenziali di assistenza e sull’organizzazione funzionale del sistema sanitario regionale;

2) Proposta di legge Blasi, Decaro “Norme in materia di incompatibilità e conflitto di interessi dei titolari di incarichi di rappresentanza e di governo regionale” (*iscritta all’ordine del giorno ai sensi dell’art. 17 del regolamento interno del Consiglio*);

3) DDL n. 4 del 13/03/2012 “Modifiche ed integrazioni alle leggi regionali 7 ottobre 2009, n. 20 (Norme per la pianificazione paesaggistica), all’art. 21 della legge 31 maggio 1980, n. 56 (Tutela ed uso del territorio), all’art. 16 della legge 27 luglio 2001, n. 20 (Norme generali di governo e uso del territo-

rio), e all’art. 29 della legge 22 maggio 1985, n. 37 (Norme per la disciplina dell’attività delle cave)” (*rel. cons. Pentassuglia*);

4) Proposta di legge Caracciolo “Modifiche alla legge regionale n. 28/2001 (Riforma dell’ordinamento regionale in materia di programmazione, bilancio, contabilità regionale e controlli)” (*rel. cons. Sannicandro*);

5) DDL n. 2 del 28/02/2012 “Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 4 dicembre 2006, n. 33 recante ‘Norme per lo sviluppo dello sport per tutti’” (*rel. Cons. Brigante*);

6) 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”;

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

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

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

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

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) Ordini del giorno Maniglio del 13/02/2012 “Proroga dell’assistenza domiciliare ai malati oncologici” e Laddomada, Cervellera, Iurlaro, Pentassuglia, Brigante, Nuzziello, Disabato del 30/05/2012 “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) Ordine del giorno De Gennaro, Lospinuso, Mazzarano, Palese, Buccoliero, Caroppo, Brigante, Losappio del 01/03/2012 “Iniziativa volte a favorire i pagamenti delle forniture ospedaliere da parte delle ASL e degli Enti pubblici”;

19) Mozione Marmo N., Lospinuso, Marti, Lanzilotta, Alfaraano, Barba, Boccardi, Cassano, Congedo, Di Gioia, Friolo, Gatta, Iurlaro, Palese, Sala, Surico, Tarquinio, Vadrucci, Zullo del 09/03/2012 “Impegno all’adozione d’iniziativa sulla drammatica situazione del Tibet in occasione del 53° anniversario dell’insurrezione di Lhasa, inclusa l’esposizione della bandiera del Tibet”;

20) Ordine del giorno Epifani del 13/03/2012 “Contrasto ludopatia”;

21) Ordine del giorno Gatta del 30/03/2012 “Deliberazione CIPE n. 62 del 03 agosto 2011”;

22) Mozione Damone del 03/04/2012 “Chiarezza su trasporto aereo/ferroviario in Capitanata”;

23) Ordine del giorno Gatta, Tarquinio, De Leonardis, Damone, Di Gioia, Lonigro, Ognisanti, Schiavone, Nuzziello del 18/04/2012 “Sisma del 31 ottobre 2002 – O.P.C.M. 4009 del 22/03/2012. Conseguenze”;

24) Mozione Damone del 18/04/2012 “Grave carenza di personale all’Assessorato alla sanità”;

25) Ordine del giorno Damone del 23/04/2012 “Ripristino immagine di San Nicola sullo stemma della città di Bari”;

26) Ordine del giorno Palese del 26/04/2012 “Vendita terreni Isole Tremiti”;

27) Ordine del giorno Mazzarano, Pentassuglia del 11/05/2012 “Interventi a salvaguardia dei lavoratori della Sural s.p.a.”;

28) Ordine del giorno Lospinuso, Pentassuglia, Sala, Chiarelli, Cervellera, Laddomada, Mazza, Mazzarano del 27/06/2012 “Piano di classifica del Consorzio di bonifica Stornara e Tara di Taranto”;

29) Ordine del giorno Friolo, Marmo N., Zullo del 22/06/2012 “Assegnazione nuove sedi farmaceutiche”;

30) Ordine del giorno Buccoliero del 22/06/2012 “Sollecitazioni al Governo per rendere ufficiali gli sbarchi di immigrati in cerca di lavoro e di speranza”;

31) Ordine del giorno Tarquinio del 04/07/2012 “Solidarietà al prof. Ichino e al Consiglio comunale di Roma”;

32) Ordine del giorno Blasi, Romano, Manigliolo, Loizzo, Decaro, Amati, Minervini, Mazzarano del 23/07/2012 “Riduzione del numero dei Consiglieri”;

33) Ordine del giorno Mazza del 23/07/2012 “Realizzazione a Taranto di un progetto di economia alternativa entro cinque anni e contestuale chiusura, nel medesimo arco temporale, dell’area a caldo dell’ILVA s.p.a.”;

34) Ordine del giorno Palese, Marti del 02/08/2012 “Chiusura Centro Trapianti dell’Ospedale Vito Fazzi Lecce”;

35) Proposta di legge Palese, Damone, Bellomo “Modifiche ed integrazioni della legge regionale 12 maggio 2004, n.7 (Statuto della Regione Puglia)” (*iscritta all’ordine del giorno ai sensi dell’art. 17 del regolamento interno del Consiglio*);

36) Proposta di legge Negro, Bellomo, Buccoliero, Damone, Pellegrino, Schiavone “Modifiche agli articoli 20, 24 e 41 dello Statuto della Regione Puglia” (*iscritta all’odg ai sensi dell’art. 17 del Regolamento interno del Consiglio*);

37) Interrogazioni e interpellanze urgenti;

38) Interrogazioni e interpellanze.

Come sapete, l’ordine del giorno di oggi prevede il dibattito sulla relazione svolta nella precedente seduta del Consiglio regionale dall’assessore Ettore Attolini sullo stato della

sanità in Puglia. I lavori di oggi andranno avanti senza interruzione fino alle ore 17.

Ai colleghi Presidenti dei Gruppi è stato assegnato un tempo congruo, non inferiore ai quindici minuti. Ai colleghi dei Gruppi, che parleranno eventualmente dopo i propri Capi-gruppo, è stato assegnato un tempo inferiore, oscillante tra i cinque e i dieci minuti. Abbiamo deciso in questo senso per non strozzare il dibattito e non mettere in difficoltà coloro che hanno la possibilità o la volontà di intervenire.

In conclusione del dibattito seguiranno la replica dell'assessore Attolini e l'intervento del Presidente Vendola.

Se dovessimo terminare in un orario sufficiente per approvare la legge iscritta al punto n. 3) all'ordine del giorno, potremmo procedere a completare i lavori con l'approvazione di questa legge.

Dibattito sulla relazione dell'Assessore alle politiche della salute sullo stato dei livelli essenziali di assistenza e sull'organizzazione funzionale del sistema sanitario regionale

PRESIDENTE. L'ordine del giorno, al punto n. 1), reca: «Dibattito sulla relazione dell'Assessore alle politiche della salute sullo stato dei livelli essenziali di assistenza e sull'organizzazione funzionale del sistema sanitario regionale».

Dichiaro aperta la discussione generale.

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

LOSPINUSO. Signor Presidente, colleghi del Consiglio, ho letto attentamente la relazione dell'assessore. Sicuramente è una relazione che non mi soddisfa per quanto riguarda anche e soprattutto la provincia di Taranto. Nella provincia di Taranto, infatti, noi verifico un aumento della mobilità extraregionale.

Contrariamente a quanto si sostiene, è oltre la media regionale, che è dell'8,7 per cento. A

Taranto abbiamo una mobilità extraregionale dell'8,7 per cento su una media del 7,6 per cento. Dopo Foggia, Taranto è la provincia con l'indice più alto. Infatti, la diminuzione si ha solo per ricoveri in regione (meno 8,5 per cento) e non per quelli fuori regione, che sono appunto l'8,7 per cento.

Ne deriva che quanto assunto a pagina 12 della relazione dell'assessore, ovvero un aumento, proprio nelle zone dei presidi regionali che sono stati riconvertiti o soppressi, del monte ore di prestazioni ambulatoriali, che quindi avrebbero significativamente abbattuto anche il problema dei ricoveri extraregionali, non si è verificato, se è vero, come è vero, che si registra un aumento di tali patologie.

Vorrei ricordare anche che la provincia di Taranto è quella che ha pagato il prezzo più alto in termini di soppressione di strutture ospedaliere e, soprattutto, di rispetto del limite dei 3,5 posti letto ogni 1.000 abitanti. Infatti, in provincia di Taranto c'è una media del 2,2 per cento e, caro assessore, nella zona occidentale di Taranto – abbiamo avuto occasione di discuterne l'altra sera, a Martina Franca, con riferimento alla soppressione e alla chiusura degli ospedali di Massafra e di Mottola – la percentuale di posti letto per abitante si abbatte addirittura a livelli da terzo mondo, dello 0,79 per cento.

Io sarei curioso di capire quanti dei ricoveri che avvengono fuori regione magari non avvengono, per esempio, nell'ospedale di Matera. Scelgo questo esempio poiché nella zona occidentale quasi tutti tendono ad andare nell'ospedale di Matera, stante la scarsa distanza chilometrica. Si è di fatto penalizzato, quindi, un territorio con un numero di posti letto nettamente inferiore.

Per quanto riguarda la seconda fase del Piano di riordino, e mi riferisco al taglio di ulteriori 800 posti letto anche attraverso l'eliminazione di unità operative, vorrei capire che cosa è successo a Taranto. Io presentai anche un'interrogazione in merito alla questione, in cui, sulla base della popolazione a

Taranto, calcolavo che le spettavano circa 55 unità operative. Di fatto ne sono state assegnate molte di meno.

Non parliamo poi dei punti nascita. In questo caso, c'è qualche cosa di incredibile nella soppressione dell'ospedale di Manduria in tutti gli atti di programmazione regionale, soprattutto del PAL, che prevedeva e disegnava tale struttura come ospedale intermedio, che prevedeva anche un punto nascita e, quindi, anche una pediatria esistente, la quale veniva confermata e recepita anche dalla Regione. Del tutto inspiegabilmente, non si è tenuto conto di questa realtà e si è, invece, individuato un altro punto nascita.

Nella relazione dell'assessore si fa riferimento anche alle eccezioni che sono state compiute al di sotto della soglia dei 500 posti letto. Leggo che, per esempio, è stato salvaguardato l'ospedale di Scorrano e ciò per una ragione e per una motivazione di carattere territoriale. Non vedo perché tale motivazione di carattere territoriale non sia stata tenuta presente in un ospedale come quello di Manduria.

Peraltro, purtroppo, la questione è passata anche agli albori della cronaca nei giorni scorsi, dal momento che una partoriente ha dovuto compiere il giro di quattro ospedali proprio perché sull'ospedale di Manduria, ahimè, è successo quanto previsto. È una zona difficile da raggiungere, in cui, da un punto di vista della percorrenza, vi è bisogno di molti minuti, oltre che per il fortissimo bacino di utenza che tale zona presenta anche, evidentemente, per la funzione turistica che il comune svolge. Si è andati, dunque, contro questo tipo di programmazione, che in altre realtà si è tenuta presente.

Si arriva, pertanto, a una situazione fortemente contraddittoria proprio nella circostanza per la quale nella programmazione precedente, ossia nei PAL recepiti dalla Regione, si erano investiti addirittura 3,5 milioni per mettere a posto la struttura ed effettuare investimenti sull'ospedale, anche per quanto riguar-

da questo reparto, ma poi puntualmente esso è stato declassato e poi chiuso.

Per quanto riguarda il discorso delle liste di attesa, credo che la realtà sia molto diversa da quella che l'assessore ha scritto. Basta provare a prenotare qualsiasi tipo di esame per accorgersi dei tempi che, purtroppo, si è costretti ad aspettare. Il nostro Capogruppo, caro assessore, entrerà molto più specificatamente nel merito di questo problema.

L'altro problema che vorrei sollevare riguarda il Piano straordinario della salute e ambiente a Taranto. Noi abbiamo adottato all'unanimità, in Consiglio regionale, un provvedimento che in via straordinaria attribuiva all'ASL di Taranto circa 8 milioni di euro. Vorrei sapere che cosa si è attuato di tale Piano. Non vorrei che al danno si aggiungesse anche la beffa per la quale, per una provincia tanto martoriata e segnata da un'emergenza ambientale, il Consiglio regionale si facesse carico all'unanimità della questione, ma poi di fatto i relativi provvedimenti non vedano la luce.

PRESIDENTE. Grazie, consigliere Lospinuso, per aver saputo rispettare i tempi.

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

ZULLO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, assessore e Presidente Vendola, io sono in quest'Aula dal 2005 ed è da allora che ho sentito parlare grossomodo dei contenuti della relazione dell'altro ieri dell'assessore Attolini. Mi riporto un po' indietro nel tempo: nel 2005, con delibera di Giunta regionale n. 1226 venivano assegnati determinati obiettivi ai Direttori generali.

Nel 2010, un'altra delibera – il titolo è sempre lo stesso, ossia Documento di indirizzo economico-funzionale del servizio sanitario regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012 – indicava che gli obiettivi per i Direttori generali non cambiavano, erano sempre quelli, cioè gli stessi del 2005 e del

2012, il che significa che dal 2005 al 2012 non si è stati capaci di trasformare proprio nulla.

Si parla tanto, in questa Regione, ma nel fare si è poco bravi. Ciò che, invece, emerge sono le stesse parole sulle risorse, sulle entrate. Ci si lamentava nel 2005 della ristrettezza di risorse e ci si lamenta nel 2012 ancora di ristrettezze di risorse. Eppure, anche questo è scritto negli atti che avete approvato: nel 2005 il servizio sanitario regionale era finanziato con 5.468.000 euro e nel 2010 viene finanziato con 6.602.000 euro.

In questo parlare c'è sempre un alibi che si ricerca all'esterno di voi stessi, e tale alibi è sempre il Governo nazionale. Nel 2005 si era contro Prodi, nel 2008, 2009, 2010, 2011 si era contro Berlusconi e oggi si è contro Monti. Voglio invitarvi a prestare attenzione, perché è troppo facile ricercare alibi al di fuori di sé stessi, quando non si è capaci di reggere un sistema.

È molto difficile trovare dentro di sé le cause di ciò che non va. Io chiedo e credo che voi dobbiate compiere un'autocritica, un'autoanalisi. Dovete uscire dall'autoreferenzialità per poter capire che cosa non è andato bene in questi sette anni, nonostante si siano avvicendati tre assessori regionali alla sanità, di cui due con valenza tecnica esterna e non politica.

Con molto garbo dico al collega Decaro che, se noi siamo alla firma di un Piano di rientro in cui il collega Decaro vorrebbe introdurre nel processo di responsabilizzazione il nostro ex Ministro Fitto, io credo che sia su una strada sbagliata. Il Piano di rientro è stato, infatti, il punto di arrivo di una gestione inefficace e inefficiente, non di qualità della sanità, che poi la Regione ha dovuto sottoscrivere sulla base di leggi firmate e concordate con il Governo Prodi.

La Regione ha dovuto sottoscriverlo perché non è stata capace di adempiere al suo compito.

Che cosa non ha fatto di tanto straordinario questa Regione? Non ha cambiato il sistema.

Badate, si è sbagliata fin dall'inizio la politica sanitaria. Nel 2005 si sono volute vincere le elezioni eliminando i *ticket* dalla spesa farmaceutica. È stato un errore gravissimo, perché vi siete preclusa la quota di finanziamento che avrebbe dovuto servirvi per investire sul cambiamento del sistema. È chiaro che da allora, in quegli anni, la spesa per l'assistenza farmaceutica, che avrebbe dovuto essere contenuta nel 13 per cento del Fondo sanitario regionale, è, invece, schizzata al 22-23 per cento e quel 10 per cento di risorse di differenza pesa e ha pesato in questi anni.

Voi avreste dovuto deospedalizzare e ricondurre il sistema in un percorso di territorializzazione e di distrettualizzazione dell'attività sanitaria. L'avete sempre sostenuto. Se io prendo le rassegne stampa di questi anni, posso mostrare che lo asseriva l'allora assessore Tedesco molto tempo fa, così come l'ex assessore Fiore ieri e l'assessore Attolini oggi, ma non abbiamo visto un processo di distrettualizzazione e di potenziamento del territorio. È questo aspetto che vi è mancato.

Vi è mancata la capacità di contenere l'offerta ospedaliera verso le acuzie e di implementare, invece, quella forma di assistenza sanitaria che avrebbe dovuto guardare alla prevenzione, con particolare riferimento alla prevenzione secondaria, delle malattie croniche degenerative, nonché alla riabilitazione. Non si è fatto molto in tal senso, anzi, si è depauperato il territorio. Se andiamo a scorrere tutti gli avvisi pubblici o i concorsi che sono stati pubblicati dal 2005 a oggi, vediamo che hanno riguardato per la quasi totalità i Direttori di struttura complessa ospedaliera. Invece di razionalizzare le strutture complesse ospedaliere, le avete amplificate.

Ciò è avvenuto perché chiaramente gli appalti di beni e servizi sono curati dagli ospedali, non certo dall'assistenza domiciliare ed è evidente che nel tempo si è avuta una predilezione per particolari appalti di beni e servizi, salvo poi non retribuire le aziende fornitrici. Queste hanno lavorato, hanno accettato una

riduzione di pagamento del 2,5 per cento rispetto al dovuto, hanno rinunciato a interessi legali e a quanto di loro competenza per i ritardati pagamenti, salvo poi nemmeno essere retribuite. In tal modo si è decretata la morte di tali aziende all'interno di un paradosso che è tutto vostro, perché, quando predicate, siete per il lavoro, ma, quando agite, mandate in fallimento queste aziende e, ovviamente, alla disoccupazione e all'inoccupazione i loro dipendenti.

Non ci sono, caro assessore, esperienze di assistenza domiciliare. Le avete sempre propugnate. È scritto dappertutto. Assessore, ci possiamo girare la Puglia: laddove c'erano esperienze di assistenza domiciliare, esse sono state depauperate, perché le risorse infermieristiche e di riabilitazione sono state trasferite negli ospedali.

Lei ha affermato correttamente che il depauperamento delle risorse di personale si risente molto di più e con maggiore coerenza negli ospedali e non certo nella prevenzione e nell'assistenza domiciliare. L'assistenza domiciliare è penalizzata per le malattie croniche, per gli anziani non autosufficienti, per i soggetti malati di mente, per i disabili, per i soggetti affetti da malattie oncologiche, il che è molto grave, ed è un altro di quei paradossi che vi appartiene, laddove vi dichiarate di essere a favore dei deboli, ma in realtà a soffrire in questa regione sono i deboli stessi.

Voi vi dichiarate per una sanità pubblica, ma avete realizzato una sanità a pagamento, perché, se ci si vuole curare in Puglia, si deve pagare. Se si stanno ad aspettare le liste d'attesa, si può solo morire.

Vi lamentate delle liste d'attesa, ma non ottimizzate le risorse che avete. Ci sono reparti che pure sono altamente funzionali – mi riferisco ai reparti che guardano alla malattia oncologica, ai reparti di radioterapia – a cui basterebbe fornire un tecnico in più per ottimizzare i turni e fare molto di più rispetto a ciò che si fa. Eppure, tutto questo non appartiene al vostro modo di gestire la sanità.

Anche laddove avete puntato molto sulle persone e sulla stabilità del lavoro, assumendo come valore assoluto proprio quest'ultima, è come se fosse un diavolo la precarietà del lavoro. Anche laddove ci sono sentenze dei giudici, tardate con conciliazioni che salverebbero il sistema. Voi lo sapete e tardate ancora, perché non avete il coraggio di compiere le azioni che potrebbero rimettere in sesto il servizio sanitario regionale.

Vorrei stare nei tempi, caro Presidente Introna, e starò nei tempi. Avrei voluto aggiungere molto di più, perché dieci minuti sono francamente insufficienti.

Dedico gli ultimi secondi a una proposizione. Noi siamo qui ad accompagnarvi, come abbiamo fatto in tutto questo periodo, con senso di responsabilità. Non siamo stati a erigere barricate o a lanciare pomodori e uova marce in faccia a nessuno, come è accaduto ad alcuni predecessori in questa Regione.

Non facciamo queste cose. Vogliamo accompagnarvi, vogliamo essere collaborativi, ma vorremmo anche essere ascoltati. Vorremmo che alle nostre interrogazioni si fornissero risposte, che rispetto alle nostre proposizioni ci fosse dialogo e confronto, il che è mancato finora.

Caro assessore, riprendete le redini del governo della sanità. Basta pensare che le colpe sono di altri. Cercate di capire quali sono le vostre colpe, le vostre responsabilità, i vostri nei, i vostri errori, per potervi porre rimedio. È bello e da persone mature e intelligenti affermare: "Mi sono sbagliato. Rimetto in sesto la rotta, riprendo una rotta giusta". Io non dubito delle vostre qualità e della vostra capacità di riconoscere i vostri errori. Tuttavia, una buona volta, sappiatelo fare, perché non è con ciò che riferiscono i giornali che si acquisisce il consenso.

Io penso che i cittadini siano sufficientemente maturi per fornirci consenso sulla base della buona amministrazione. Abbiamo il dovere di fornire ai cittadini un servizio sanitario efficiente, efficace e di qualità. Spero che

questo dibattito possa essere una pietra miliare per poter cambiare la rotta e finalmente farvi uscire dall'autoreferenzialità per entrare in un processo di responsabilizzazione molto forte, che vi deve appartenere. Grazie.

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

DAMONE. Signor Presidente, ho sempre considerato la salute priva di colore politico, perché, al di là delle contrapposizioni, che pure esistono sul piano delle scelte politiche, chi paga le conseguenze del disastro sanitario è sempre l'utente.

Vorrei ricordare all'assessore una disparità di trattamento in ordine all'aggressione che è stata subita, a Foggia, dal primario Procacci. Alcuni giorni fa un'altra aggressione è avvenuta nei confronti di un Direttore sanitario dell'ospedale di Lucera, che è stato pestato a sangue. La Regione è rimasta insensibile. Vorrei quantomeno che si offrisse la stessa solidarietà che si è offerta a Procacci.

A prescindere da ciò, però, avvertivo l'esigenza di sottolineare un fatto. Ho letto la relazione, sia pure in maniera veloce, perché i tempi assegnati sono stati molto limitati, e l'ho trovata fredda, cinica, bugiarda, preparata da una tecnostuttura che non conosce i problemi reali della sanità pugliese. La relazione sembra riportare in terra un paradiso, perché, dopo la lettura del documento, si ha la convinzione che tutti i problemi della sanità in Puglia siano stati risolti. Questo è quanto di più falso ci possa essere.

Nella riunione dei Capigruppo avevo anche tentato di proporre, alla fine dei conti, un documento che non mettesse l'intero Consiglio regionale su un piano di contrapposizioni tra maggioranza e minoranza, ma che potesse dar vita a un incontro produttivo della sanità pugliese, essendo lontani dalla realtà.

Le liste di attesa, al di là di quanto si riferisce nel documento, non solo esistono, ma anzi aumentano. D'altra parte, un po' di tempo fa,

avevo avanzato una proposta all'assessore Fiore: un primario cardiologo era andato in pensione e voleva concedere, attraverso una cooperativa e senza retribuzione, sei ore di prestazioni ambulatoriali presso l'ospedale di Torremaggiore, ma ciò rimane lettera morta. Questo primario è colui che per primo, durante la mia presidenza al Comitato di gestione di San Severo, ha adottato il sistema del telecardio. Il dottore responsabile dell'ARES, nel dare corso a tale impostazione, certamente positiva ed esaltante, ha richiesto la collaborazione del suddetto grande professionista. Purtroppo, nonostante quest'ultimo intenda fornire il suo contributo, la Regione non ha risposto.

A fronte degli ospedali che chiudiamo, avremmo dovuto potenziare il territorio. Per la verità, il territorio non esiste. Io vorrei invitarvi a recarvi in un qualsiasi poliambulatorio attuale, dove mancano le attrezzature, dove manca di tutto e gira anche una speculazione che gli specialisti interni convenzionati diffondono: essi sostengono che, mancando le strutture, devono lavorare negli studi privati a pagamento. È in circolo questa grossa speculazione, che io denuncio pubblicamente.

Passiamo all'assistenza. Per quanto riguarda le patologie croniche (pazienti diabetici e cardiologici), oggi sul territorio pugliese ne sono curati soltanto 800, a fronte di circa 600.000 soggetti bisognosi. Il servizio infermieristico specialistico, che deve procedere all'attuazione di un'intuizione certamente felice, non funziona. È assente, non esiste.

Per quanto riguarda il contenimento della spesa, quest'ultima ha riguardato soltanto il contenimento della spesa farmaceutica e quella per il personale. Molti incentivi, molte prestazioni aggiuntive, molte situazioni complesse sono state eliminate.

La relazione trascura il fatto che il maggior disastro per la sanità pugliese sono i contratti di beni e servizi, gli appalti che oggi si vorrebbero centralizzare, mettendo insieme forse il fatto che, mentre prima erano costretti a dia-

logare direttore per direttore, gli affaristi oggi devono dialogare soltanto con un interlocutore, con tutte le conseguenze negative che ne derivano.

Per quanto riguarda la prestazione *intra-moenia*, l'assessorato vuole elevare il contributo alle aziende dal 5 al 30 per cento, lasciando al professionista che opera *intramoenia* il 70 per cento dell'importo, sul quale il professionista deve pagare le tasse e mantenere la struttura. A questo punto, noi andiamo ad autorizzare il lavoro nero e il pagamento in contanti ai diversi professionisti. Il contenimento scaturisce, quindi, dalla spesa del personale e da quella farmaceutica.

Passiamo alla mobilità. Si sostiene che siano diminuite le mobilità esterne. Io posso convenire su questo punto, perché sono diminuite le mobilità esterne per gli interventi routinari. Tuttavia, l'assessore dimentica che la spesa per la mobilità è notevolmente aumentata perché gli interventi di grosso abbattimento (i cancri, i tumori e via discorrendo), che vanno in extraregione, sono sensibilmente aumentati. È inutile affermare che sono diminuiti gli interventi. È necessario vedere quanto si spende sul piano economico-finanziario per la mobilità esterna.

Peraltro, nella relazione vi è anche la dichiarazione della difficoltà di coniugare il Progetto Edotto con gli altri sistemi informatici esistenti nelle diverse aziende. Io non so quanto costi alla Regione il Progetto Edotto, che, tutto sommato, è scaturito non da una gara pubblica, ma da una proroga di contratto tra la Svmservice e altre aziende, ma mi interessa poco.

Di fronte a questo progetto regionale, alcuni mesi fa, è stato autorizzato l'espletamento di una gara per l'informatica all'Azienda sanitaria di Foggia, vinta da una ditta di Trento che pare sia collegata a un personaggio della Regione Puglia. A questo punto, mi sembra che ci troviamo di fronte a una duplicazione della spesa informatica, nonché del Progetto Edotto.

Per quanto riguarda la differenza tra il personale della Lombardia e quello della Puglia, tale richiamo è un dato falsato, perché sappiamo che in Lombardia, dove la sanità funziona a piene mani, la gran parte delle strutture sono private. Certamente come personale medico risulta superiore il nostro, però, se andiamo a compiere il parallelo con l'Emilia-Romagna, che ha lo stesso nostro territorio, vediamo che l'Emilia-Romagna ha il 40 per cento di personale sanitario in più nei confronti della Puglia, come, d'altra parte, riceve finanziamenti di gran lunga superiori a quelli della nostra regione, essendo noi stati penalizzati dalla spesa storica.

Per quanto riguarda la rivoluzione che intendiamo compiere, i Direttori generali dovrebbero ogni anno analizzare, esaminare e controllare come funzionano i primariati. Se, infatti, oggi le strutture non funzionano, sono i primariati che non funzionano.

Non voglio fare riferimenti personali o territoriali, per non offendere nessuno, però, se andiamo a effettuare i riscontri e le verifiche, ci rendiamo conto che la grande responsabilità del trasferimento della mobilità esterna è dovuto ai nostri primari, i quali finora, ma anche nel passato per la verità, ottenevano i loro incarichi per appartenenza politica. Dobbiamo cominciare a riscoprire la meritocrazia e la qualità, perché sulla sanità non si scherza e non si deve scherzare.

Per esempio, le piante organiche sono un disastro completo. Io avevo pregato il Presidente Vendola, il quale aveva fornito la sua disponibilità, di portare, provincia per provincia, le piante organiche organizzate dei Direttori generali. Porto un caso lapalissiano: San Severo e Cerignola sono realtà identiche, ma, mentre Cerignola è stretta tra Foggia e Barletta e ha due ospedali degni di questo nome, il nostro ospedale è un ospedale frontaliero. Se andiamo a verificare i servizi e le divisioni, vediamo che anche per quanto riguarda le stesse divisioni, sulla nefrologia e la dialisi per esempio, mentre San Severo ha sei medi-

ci, con una succursale a Sannicandro Garganico, Cerignola ha una succursale a Manfredonia con otto medici, perché ne ha sei a Cerignola e due a Manfredonia.

Queste sono piccole questioni. Noi, però, abbiamo la necessità non di compiere la battaglia del campanile, ma la battaglia dell'assistenza vera ai cittadini. Io, per esempio, sono tra coloro che eliminerebbero tutte le pediatrie, perché oggi ormai la pediatria è una disciplina che non ha ragione di essere, se non vi è la ri-animazione pediatrica in ogni reparto. Oggi i pediatri di base sono gli stessi che stanno in ospedale.

Le chirurgie che abbiamo oggi in Puglia effettuano interventi routinari che possiamo effettuare in *day surgery*, come ernie, colecisti, appendici e via elencando. A questo punto, se io sono un cittadino di serie A, mi reco in ospedale la mattina, mi faccio effettuare frequenti prelievi, svolgo gli esami propedeutici, il giorno dopo mi operano e la sera vado a casa. Sono questi gli interventi che effettuiamo negli ospedali periferici.

Parliamoci con estrema chiarezza: non sarebbe più opportuno razionalizzare il sistema ospedaliero eliminando i ricoveri lunghi nelle medicine con i traumatizzati e con i pazienti affetti da *ictus* cerebrale? Non sarebbe un fatto consigliabile? Con l'*ictus* cerebrale dopo 48-72 ore il paziente rimane paralizzato e ha bisogno di riabilitazione, non deve più stazionare nelle divisioni di medicina.

C'è l'emodinamica a San Severo, con un solo emodinamista. Per quale motivo la Regione non procede a preparare, a predisporre, a fornire altri medici, affinché poi, quando quel medico non c'è, i pazienti non si rechino a Foggia o a San Giovanni Rotondo, alimentando la spesa extraregionale?

Per quanto riguarda i poliambulatori e la politica dei medici, assessore Attolini, io leggevo alcuni giorni fa su un giornale che nella città di Empoli, in Toscana, è stato sperimentato un sistema nuovo e moderno, quello di mettere insieme i medici generici, i quali oggi

costano un occhio della testa – quella è certamente una casta alla quale nessuno guarda –, perché il medico generico, con sole due o tre ore di ambulatorio in cui espleta la funzione di impiegato, firmando soltanto le richieste orali dei cittadini, riesce a percepire a fine mese tra 8.000 e 9.000 euro.

A questo punto, poiché è apprezzabile lo sforzo dell'assessore contenuto nella relazione, prima di procedere a tavolino a questa riforma della medicina generica, che potrebbe far compiere veramente un salto di qualità alla sanità, sarebbe opportuno che qualcuno effettuasse un viaggio dove i servizi funzionano. Noi non dobbiamo più gestire la sanità con la presunzione di essere onniscienti e di conoscere tutto, con una sanità a tavolino. Noi abbiamo necessità di una sanità viva, vera, sincera, che si riscontra sul territorio, che si verifica nelle regioni dove vi sono sistemi ottimali.

In Italia ci sono venti regioni e venti sanità, l'una diversa dall'altra. Non c'è una linea di indirizzo univoca per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, il che rappresenta un problema drammatico.

Sulla sanità non si deve più scherzare, perché, amici cari, chi sulla propria pelle subisce alcune situazioni, anche di carattere familiare, ed è costretto non soltanto a recarsi fuori regione, ma anche fuori d'Italia, vive un dramma. È un dramma per il cittadino affrontare queste drammaticità.

Sulla sanità non si può più scherzare. Cerchiamo di trovare un *modus vivendi* e di portare avanti un discorso politico altamente qualificato. Smettiamola con le contrapposizioni. Con la contrapposizione non si costruisce, ma si demolisce e si distrugge. Noi abbiamo la necessità di confrontarci sulle proposizioni serie, che vogliamo porre alla classe dirigente.

Noi siamo già denigrati, calunniati e diffamati, ma quantomeno rispondiamo alla nostra coscienza, alla nostra impostazione, perché la sanità vive un momento di grande drammaticità.

Voglio svolgere ora alcune riflessioni per quanto riguarda il personale. In provincia di Foggia, dove la popolazione conta 650.000 abitanti, ci sono nell'azienda 657 medici e 477 amministrativi. Si tratta di un'azienda sanitaria o di un'azienda amministrativa? Ci sono 179 operatori sociosanitari e circa 1.000 dipendenti sociosanitari della Sanitaservice. Non sappiamo che cosa farne.

Nella BAT hanno 3.500 dipendenti, a Taranto 1034 medici e 783 amministrativi e a Brindisi, tutte realtà più piccole della nostra, c'è un comparto sanitario di 2.089 unità e 792 medici. Come provincia di Foggia, noi siamo stati sempre e comunque bistrattati. Non vogliamo nulla, ma, se dobbiamo tener conto del territorio e della sua morfologia, perché, a differenza degli altri comuni noi abbiamo il Gargano e il Subappennino, che sono zone impervie e per arrivare ai primi punti di intervento si incontrano difficoltà anche viarie, dobbiamo esprimere una parola di chiarezza anche su questo punto.

Non pretendiamo nulla, eccetto un trattamento eguale a quello degli altri. Ci rendiamo conto delle difficoltà locali e residenziali, ma abbiamo necessità di una sanità che sia uguale per tutti. Non voglio ulteriormente dilungarmi, però vorrei che ci fosse uno scatto di orgoglio da parte di tutti noi per porre finalmente fine a questa diatriba, come sosteneva il collega Zullo, con l'addossare le responsabilità a Fitto o al Presidente Vendola.

Pensiamo al cittadino, pensiamo all'utente. La gente ormai è stanca di queste contrapposizioni. Dobbiamo unire più che dividere. Dobbiamo condividere le scelte e non combatterle. Per questo motivo è importante questo dibattito e per questo motivo è importante che esso non rimanga un dibattito vuoto e senza significato.

Se questo vuole essere un dibattito costruttivo per la Puglia e per la classe dirigente, deve trovare un punto di attività, un punto di incontro che possa finalmente determinare il rilancio della nostra sanità.

Ci tengo a sottolineare un altro aspetto. Noi abbiamo alcune valenze professionali, come il Policlinico di Foggia, l'ospedale di Lecce, quello di Brindisi e quello di Foggia. Dobbiamo avere la capacità e la cultura di inculcare nei cittadini la speranza e la certezza dell'assistenza.

Quando ci si reca in Lombardia, si nota che il personale è di un'educazione, di una formazione, di una cultura assistenziale che da noi non esiste. La responsabilità non deve essere addebitata a noi, ma ai Direttori generali, i quali devono promuovere corsi di qualificazione, anche con lo straordinario, per cercare di comunicare un'immagine seria delle strutture.

Quando si sta in un letto, abbandonati, quando si è malati, la realtà intorno è drammatica. Ci si sente isolati. Se manca il sorriso, se manca una parola di incoraggiamento, se manca la dolcezza nel rapporto con l'ammalato, siamo veramente alla fine. Per questa ragione dobbiamo riprendere in mano questo grosso problema, perché dalla sanità la Regione Puglia può avere un rilancio, un'immagine, una prospettiva di certezza.

Cari amici, può anche darsi che le mie parole cadano nel vuoto, come per il passato, ma mi voglio veramente augurare che da questo Consiglio possa iniziare una vita diversa nella sanità in Puglia. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, collega Damone.

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

MAZZA. Signor Presidente, gentili colleghi, quando penso alla sanità in Puglia penso soprattutto a quale sia la vera politica. Qualcuno sostiene che manca nella relazione una filosofia politica. Io mi chiedo quale sia effettivamente la politica.

Mi immagino che siano possibili due o tre politiche sanitarie. Una è quella del tutto è dovuto a tutti, indiscriminatamente, a prescindere da quale sia la qualità. Questo è un ap-

proccio che ha un impatto pesantemente politico, se non altro nell'attrattiva in termini anche di voti per chi lo esercita.

L'altra possibilità è quella di preoccuparsi soprattutto della parte essenziale, assistenziale, più indispensabile, quella che fa star male la gente, quella che necessita di interventi veri sul piano sanitario e creare un'organizzazione attorno a questo aspetto, renderlo efficiente e vedere poi che cosa resta per quanto è meno impellente.

Esiste poi una politica che mira a curare il dato ospedale, ad attribuire peso all'altro, a cercare di vedere ciò che è più importante e ciò che lo è di meno. È quanto, in fondo, sta emergendo anche dal dibattito a cui stiamo assistendo.

Io vorrei che venisse salvaguardato, come si dice anche tecnicamente, il livello essenziale di assistenza. Vorrei che si puntasse a creare un'efficienza attorno a ciò che è essenziale per i cittadini. Dopodiché, vediamo se le risorse consentono di fare altro.

La relazione dell'assessore ha indubbiamente pesato molto sul versante di quanto il Governo centrale ha tolto a questa Regione, di quanto ha obbligato a ridurre, di quanto ha obbligato a tagliare. La relazione che l'altro giorno l'assessore ha reso verte soprattutto su questo aspetto.

Ho sentito poco su altri aspetti, come quello di capire, nella situazione di crisi e di carenza di personale, per esempio, quale politica vorremmo applicare. Su questo tema credo che ci sia molto da lavorare.

Mi riferirò solo a due dati tecnici. Uno è quello dei ricoveri impropri: sono stati il 42 per cento nel 2011, non su base ospedaliera del singolo ospedale, ma su base regionale, il che significa che nel 2011 erano già stati chiusi ospedali cosiddetti "meno efficienti", ma, ciononostante, restava il 42 per cento di ricoveri impropri. È un dato tecnico, ma si applica molto bene al discorso e al ragionamento politico. Poi ci arriveremo.

Ciò significa che ci sono ospedali – non sto

parlando solo di piccoli, ma anche di grandi ospedali – che viaggiano a livelli di inappropriata di ricoveri di oltre il 50 per cento, il che comporta che un ospedale potrebbe essere quasi decurtato del 50 per cento dei posti letto e sopperire ugualmente alle essenzialità dei cittadini.

Secondo me, è in ciò il grosso discorso che la politica deve svolgere: non può discriminare, nemmeno i policlinici, e non può compiere discriminazioni tra un ospedale piccolo, che può assolvere un compito dignitosissimo nell'ambito del suo territorio, e i policlinici. Su questo punto si gioca una grossa partita. A volte può fare anche comodo riempire un Policlinico di tanti ricoveri impropri per la possibilità di avere tanti altri pazienti in altre strutture, anche di carattere privato. Questo può essere un discorso importante, che la politica deve affrontare.

Il secondo aspetto tecnico a cui mi riferisco e a cui si aggancia il discorso anche di carattere politico è quello dei ricoveri extraregionali: ci sono stati 60.000 ricoveri extraregionali su base regionale, con prevalenza nelle province di Foggia e di Taranto, ma che comunque interessano tutta la regione.

Che cosa significa ciò? Sono tutti ricoveri devoti all'essenzialità dell'assistenza? Non sempre, ma buona parte sono devoti a questo aspetto. Ciò fa ritenere che bisogna spendere energie. Non parlo di energie solo economiche, ma anche di energie organizzative, che bisogna spendere in questa Regione.

Il collega Damone riferiva che a Milano va tutto bene. Non è vero. Non è vero che va tutto bene. Non è vero che sono tutti bravi. È stato svolto un discorso, al limite, organizzativo. L'organizzazione è migliore per l'apparenza, per il *maquillage*, per la presenza degli ospedali. In ciò potrebbe essere migliore, ma non è sempre così.

Questa regione ha professionisti stupendi. Su questo non c'è dubbio. Bisogna mettere a fuoco questo punto e fare in modo che si arrivi a quello che dovrebbe essere poi il discorso

politico e il discorso politico che io vedo è il seguente. Indubbiamente, quando noi parliamo di assistenza e di necessità di assistenza, ci riferiamo a una realtà non modificabile, di cui le persone hanno bisogno ogni anno, una realtà dettata da una serie di fattori, compresi quelli di carattere culturale e ambientale, di cui si parla tanto.

Le malattie sono create anche *ad hoc* sulle situazioni ambientali. La talassemia è una malattia che a Milano non esiste. In Puglia ci sono 1.500 talassemici. Qualcuno deve pur badare all'assistenza di questi pazienti. Attualmente a Taranto esistono tumori. Le cronache ne parlano. Qualcuno deve pensare a questi soggetti e, quindi, l'organizzazione deve mirare a questo tema.

Quando io parlo di organizzazione, mi riferisco a servizi che diventano essenziali attorno a determinate malattie, pur non essendolo in senso lato, ragion per cui, se c'è una comunità che ha una situazione di maggiore quantità di tumori, può diventare essenziale anche introdurre il trasporto dei pazienti verso le strutture terapeutiche, che magari altrove...
(*Applausi*)

PRESIDENTE. Alla prossima interruzione vi farò allontanare dall'Aula.

MAZZA. Non mi interessa l'applauso. Sto seguendo un ragionamento che ha un peso politico notevole, basato sulle situazioni differenziate. Posso non conoscere bene quale sia la situazione a Foggia, alla BAT o a Lecce, ma sicuramente ci saranno situazioni che diventano prioritarie per le patologie esistenti.

Per esempio, Foggia è basata su una zona che fu bonificata, a suo tempo, dove c'era la malaria e dove ci sono sicuramente malattie indotte da questa situazione. Bisogna, dunque, puntare su questo aspetto.

In altre parole, la politica regionale deve individuare le priorità per ciascun sito regionale, per qualunque situazione, e su queste priorità basare il suo progetto. Il programma

sanitario non deve essere quello di un'ospedalizzazione *tout court*: il 42 per cento di ricoveri impropri basati sulle patologie esistenti è una circostanza che noi oggi non possiamo consentirci. Se voi considerate che ci sono 860.000 ricoveri durante un anno, in tutta la regione, il 42 per cento rappresenta quasi 400.000 ricoveri che richiedono personale che se ne occupi, medici, parte organizzativa e amministrativa, che oggi noi andiamo a reclamare come personale carente. Io sostengo che ciò possa anche non essere vero, se l'organizzazione funziona e che la situazione debba partire da tale aspetto.

Io ho elaborato uno scritto che avrebbe potuto essere una provocazione, che avrebbe potuto essere letto come un romanzo. Secondo me, il discorso politico passa attraverso una liberalizzazione dell'assistenza, il che non significa una privatizzazione. Liberalizzazione significa che l'utente, il paziente, può scegliere chi vuole, su base regionale, e può farlo gratuitamente, affinché, su base regionale, che il soggetto sia una persona anziana, pensionata, un operatore sanitario di bravura, venga riammesso nel servizio sanitario pugliese e convenzionato con tale sistema.

Questa è la chiave di volta, secondo me, che può salvare il tutto, perché può portare i 60.000 pazienti che oggi ricorrono a strutture extraospedaliere ad avere la possibilità di scegliere chi vogliono. La struttura scelta, se obliterata perché troppo prescelta, può a sua volta scegliere chi vuole come collaboratore e creare le premesse per poter assolvere a maggiori richieste.

Si tratta di un sistema a dir poco rivoluzionario, che è richiesto dal tempo e dal momento. Noi non abbiamo la possibilità di moltiplicare i denari, in questo momento. In base a quanto sostiene Monti e a ciò che gli ho sentito affermare anche alla Fiera del Levante, quando ha osservato che l'acciaio è la risorsa fondamentale per l'Italia, capisco che è disperato, perché non sa che cosa altro dire, non sa che cosa tirar fuori dal cilindro.

Secondo me, sono molto più indispensabili l'agricoltura e altre attività che possono crescere economicamente e che sarebbero anche più sane. In tal senso rientra l'altro discorso politico, che deve essere devoluto a ridurre le malattie e non ad aumentarle, il che produrrebbe un minor costo. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, collega Mazza.

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

SURICO. Signor Presidente, signor Presidente della Giunta, colleghi consiglieri, vorrei dire all'assessore che la sua relazione, e me ne duole, è carente soprattutto nella parte tecnica. Ha avuto alcuni spunti di riflessione politica, ma io da lei mi sarei aspettato sicuramente un'analisi più approfondita sotto il profilo tecnico, con la presentazione di dati.

Certamente lei ha lanciato un grido d'allarme molto forte, addirittura paventando la chiusura del pronto soccorso. È vero, è possibile, perché vi è carenza di personale. Lo sapevamo, tanto che abbiamo varato una legge che obbligava i Direttori generali entro il 30 giugno a completare le piante organiche. Con l'avanzo di 19 milioni di euro dal Piano di rientro, ci saremmo aspettati che lei venisse in quest'Aula annunciando la deroga alle assunzioni. Ciò non è avvenuto, perché le piante organiche, purtroppo, sono state redatte in maniera non confacente alle esigenze ministeriali.

È un dato forte. Ci sono responsabilità che bisogna assumersi in un momento tanto grave come quello che la sanità pugliese sta vivendo. Si tratta di una sanità che non è minore rispetto a quella settentrionale, milanese. Le ombre che si addensano su tale sanità certamente ci fanno tirare un respiro di sollievo, in questa nostra regione.

Mi riferisco a bilanci della sanità che hanno visto aziende con un debito consolidato negli ultimi sei anni di circa 70-80 milioni di euro e che all'improvviso li pareggiano.

Complimenti alla tecnostruttura. Improvvisamente vi è stato un aumento della produttività, ma, se vi è aumento di produttività, automaticamente vi è anche un aumento di spesa, ragion per cui non si capisce perché tali aziende siano diventate improvvisamente virtuose.

Avrebbe dovuto riferirci qualcosa anche sulle responsabilità. Oggi ci sono 2 miliardi di euro, con i fornitori che non sono stati pagati, e noi avremmo voluto sapere se tali debiti sono o no in bilancio e in che percentuale.

Abbiamo chiuso gli ospedali. Li abbiamo chiusi, ma non abbiamo riconvertito. Per il mantenimento di quei livelli essenziali di assistenza, se si chiude un ospedale, lo si corre da *day hospital* o *day service*, il che non sta avvenendo, perché questo prevede la formulazione del 2008 dei nuovi livelli essenziali di assistenza.

Abbiamo affermato che il sistema va informatizzato. Io chiedo a viva voce perché non si parli del bando per 50 milioni di euro vinto da una società che avrebbe dovuto portare all'informatizzazione del sistema sanitario. Ancora oggi non vi è traccia dell'operato...

PRESIDENTE. Per cortesia, queste azioni si compiono nelle piazze, non nella sala consiliare. Alla prossima occasione faccio sgombrare l'Aula.

Prego, consigliere Surico.

SURICO. Grazie, Presidente. Il grido d'allarme è forte e condivisibile, ma non sono condivisibili i modi di gestione in queste ASL. Il Piano di rientro avrebbe dovuto essere un'occasione di rilancio dell'organizzazione ospedaliera regionale.

È stato così? È così? Mi sembra proprio di no, se vi sono, esempio che io continuo a ribadire, otto cardiologie interventistiche e quattro cardiocirurgie a Bari, ma non un'unità coronarica tra Bari e Brindisi.

Avrebbe dovuto essere un'opportunità, che forse non si è colta nell'interezza del senso in

cui avrebbe dovuto fornire risposte migliori sul territorio e attivazione del territorio stesso. Ancora oggi sosteniamo che dobbiamo riformare, che dobbiamo ristrutturare i distretti sanitari. Nel 2007 abbiamo costituito i distretti sanitari. Ricordo che io e il collega Palese parlavamo di “112 poltrone assegnate come di un poltronificio”. Oggi parliamo ancora di riformulazione e di definizione delle funzioni dei distretti.

La situazione sta diventando preoccupante, grave. Abbiamo attivato alcuni punti di primo intervento h12. Signori miei, l'h12 dovrebbe funzionare di notte, questo deve essere, altrimenti di giorno, quando sono in attività i medici di famiglia, si incorre in problemi come quello che è successo a Mola.

È una coincidenza. Non mi faccio influenzare da un cartellone, ma lo riferisco perché ci credo. C'era anche un servizio buono, che funzionava, come gli ambulatori di celiachia in convenzione, ma *d'emblée* le convenzioni non sono state più rinnovate, soprattutto in aree ad alta densità di celiaci, come Taranto. Di questo tema lei ci avrebbe dovuto parlare, assessore.

Siamo pronti a intervenire, ed è giusto oggi che il naturale responsabile intervenga in prima persona, con riferimento a colui che è stato eletto dai cittadini della Puglia, a garanzia di quell'articolo 32 che oggi lei stesso cita, quando sostiene che sono a rischio i livelli essenziali di assistenza e che, quindi, non è più garantito tale articolo della Costituzione. In questa condizione non c'è posizione di alcuno, né richiesta di poltrone che tengano.

Ritengo, ma credo di interpretare il senso e il pensiero dei miei colleghi, che per anni hanno fornito suggerimenti insieme a me al fine di migliorare un sistema che mostra tante lacune, soprattutto nell'acquisizione di beni e di servizi, che su questo punto non si sia fatto nulla. Si è affermato insistentemente di centralizzare, ma alla fine le ASL, i Direttori generali fanno ciò che vogliono.

È importante – è un suggerimento che io

fornisco, una proposta – che il Presidente di questa Giunta regionale instauri un tavolo *bi-partisan* e che si discuta su come uscire da questa emergenza. Sarebbe un atto di grande responsabilità politica, sia nostro, sia di questa maggioranza, senza alcuna richiesta, al fine di porre fine a questo contenzioso anche sterile.

Purtroppo, per quanto ci riguarda, non possiamo fare altro che proporre e attribuire un senso a questi interventi di dibattito in Consiglio regionale, un senso a un nuovo cambio di passo nell'intendere la politica. Auspichiamo una politica che alla fine si riveli vicina ai cittadini, se sarà capace di fornire risposte concrete, serie e oneste, con un Presidente della Regione sulla cui onestà intellettuale e morale nessuno può proferire alcun dubbio.

A questo punto, si deve procedere, secondo me, in questa direzione, per aiutare soprattutto coloro che soffrono e che vivono momenti di grande criticità. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, collega Suri-co, soprattutto perché ha saputo rispettare il tempo assegnato.

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

CERVELLERA. Signor Presidente, signori consiglieri, ritengo che le critiche espresse in Aula nei confronti della relazione dell'assessore Attolini siano molto ingenerose.

L'assessore Attolini ha compiuto uno sforzo notevole per far capire quali sono gli orientamenti e le attività che la Regione Puglia sta attuando per modificare, anzi rivoluzionare la sanità pubblica in un momento in cui le risorse sono sempre più tagliate a livello nazionale e in cui, quindi, aumentano ovviamente le difficoltà.

Dalla relazione stessa si evince che lo sforzo in atto sta portando alcuni risultati, come quello di spostare dal centro dell'ospedale al territorio la possibilità della tutela della salute dei cittadini. Nel testo si richiamano in sintesi

il Progetto Nardino, così come le telecardiologie e altre innovazioni, anche di natura tecnologica, per quanto riguarda il Portale della salute. C'è, dunque, un forte impegno da parte della Regione.

Il punto critico che è stato rilevato riguarda la questione del personale. L'assessore si richiama al fatto che tutte le realtà territoriali, non solo il Consiglio regionale, costituiscano un blocco perché su questa questione ci sia il massimo impegno possibile. Un blocco del *turnover* che non ripari ai 5.000 medici che sono andati via in questi anni e che non fornisca il minimo indispensabile – si parlava di 2.500 medici – mette davvero in pericolo i livelli essenziali di assistenza.

Ciò premesso, ho apprezzato anche la lettera inviata dall'assessore Attolini al Ministero della salute sulla vicenda dei destabilizzati. Devo sollevare alcune critiche, anche da parte della maggioranza, perché su questa vicenda ci sono stati alcuni ritardi e alcune contorsioni in più.

Come ho affermato in altre occasioni, ritenevo più lineare la scelta compiuta dal Direttore generale della BAT relativa alle conciliazioni: seguire questa strada, che adesso vedo nella lettera inviata dall'assessore Attolini al Ministero della salute, ci avrebbe agevolato a recuperare 240 medici in brevissimo tempo e non avrebbe inciso sulla spesa sanitaria per quanto riguarda i contratti a tempo determinato, permettendo alle ASL che avevano risolto il problema di riuscire ad avere maggiori contratti a tempo determinato e in numero superiore di medici a disposizione.

Questa è una delle critiche, ma io spero davvero che in tempi rapidi si arrivi alle conciliazioni sulla questione. Capisco che si pone una difficoltà di natura oggettiva, nel senso che per legge, ovviamente, la politica non può imporre ai Direttori generali scelte di natura amministrativa, ma bisogna comunque provvedere a un'area di indirizzo.

Il secondo aspetto riguarda la questione della lotta alla precarizzazione, che il Presi-

dente Nichi Vendola e la Regione Puglia hanno posto in atto con le società *in house*. In merito è stato effettuato uno *stop* da parte del Governo Monti con il decreto sulla *spending review*, ma io credo che non si possano creare figli e figliastri. Ritengo che il Governo regionale debba emanare una direttiva generale per tutti, con alcune linee guida, per cercare di recuperare ciò che il Governo nazionale ci vieta.

A Taranto è in atto una gara pubblica, che ovviamente si sta espletando, e non si sa se a livello regionale si accelererà con l'internalizzazione o si lasceranno le cose come sono oggi. Credo, dunque, che l'assessore Attolini su questo punto dovrebbe fare chiarezza ed emanare le suddette linee guida.

L'ultimo aspetto, ultimo non per importanza, riguarda un capitolo delineato nella relazione che riguarda l'emergenza ambientale a Taranto. Ho apprezzato tale capitolo, anche perché a Taranto, in base agli stessi dati che vengono forniti nella relazione, la mobilità passiva è elevatissima, la seconda dopo quella di Foggia. Stiamo parlando di 8,7 ricoveri ospedalieri. La situazione è preoccupante soprattutto perché è extraregionale e non all'interno della regione, con riferimento al dato che vi ho citato.

Inoltre, è rilevante per la peculiarità che assume Taranto. In quest'Aula abbiamo stanziato, in sede di bilancio, se non sbaglio, 8,5 milioni per quanto riguarda il Piano della salute e dell'ambiente, per creare il centro ambientale, ma a oggi non vedo alcun atto pratico rispetto a quanto è stato stabilito a livello regionale.

Come ho anticipato, data la peculiarità di Taranto, dobbiamo accelerare questo aspetto, perché davvero ci sono difficoltà a Taranto.

C'è, inoltre, anche una questione parallela: si registra un aumento di liste d'attesa per cui, pur avendo attrezzature molto moderne, il personale è carente e non si fornisce una risposta.

Dobbiamo fornire una risposta soprattutto

dal punto di vista ambientale, oltre ovviamente a vedere le questioni che riguardano le difficoltà che sta vivendo la sanità privata. Penso ai ventisei lavoratori licenziati, l'altro ieri, alla clinica Santa Rita. Io credo che ci sia anche un ricatto occupazionale. Si cerca di spingere su questi disoccupati per avere maggiori risorse.

Sempre a Taranto, con riferimento alla questione di natura ambientale, sono d'accordo con il collega Mazza che il tema vada affrontato. Noi l'abbiamo portato in Consiglio regionale in un ordine del giorno, su cui però non abbiamo mai avuto risposta. Sono passati mesi da quando abbiamo stilato tale ordine del giorno con i colleghi consiglieri regionali tarantini riguardo la vicenda del trasporto dei malati oncologici.

Anche in questo caso, in forte analogia con Lecce, si è verificata una disparità. Mentre a Lecce si è risolto il problema con strumenti che hanno creato alcune cooperative, a Taranto non solo la situazione è rimasta sospesa, ma di fatto sono stati licenziati tutti i lavoratori che effettuavano il trasporto dei malati oncologici.

C'è una necessità fortissima in tale contesto, perché i suddetti lavoratori, che non erano fittizi, non intendo sostenere come quelli di Lecce, ma che erano collaboratori che davvero si occupavano delle questioni a livello di distretti, di tutte le questioni, non solo dei trasporti, ma anche dell'assistenza di questi malati, non hanno avuto una risposta.

Mi si comunicava che ciò è avvenuto per mancanza di risorse, ma io ritengo che su questo fronte ci debba essere l'impegno dell'assessore e degli assessorati per cercare di fornire una risposta in tempi rapidissimi, perché, come ho sempre ripetuto, vi è una peculiarità tarantina che riguarda l'ambiente.

Passo all'ultima questione e chiudo: il nuovo ospedale di Taranto. Su questa questione abbiamo discusso abbondantemente come Consiglio regionale. Abbiamo abbandonato la linea dell'ospedale San Raffaele,

però abbiamo già alcuni progetti ben chiari e precisi portati avanti.

Io non condivido, per esempio, la localizzazione del nuovo ospedale, ma rispetto a questo aspetto compio pure un passo indietro, da ex assessore all'urbanistica di Taranto. Ci saranno alcuni tecnici che hanno scelto quella localizzazione. Posso compiere un passo indietro. Non condivido la scelta, però bisogna accelerare rispetto a questo tema, perché ci sono ritardi.

Abbiamo, dunque, abbandonato la strada dell'ospedale San Raffaele e l'idea di mettere insieme con la Fondazione un ospedale di eccellenza, ma di fatto su questo punto non stiamo marciando e siamo completamente fermi. Credo che non ce lo possiamo permettere, soprattutto in una realtà territoriale come quella di Taranto.

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

CASSANO. Oggi, Presidente, mi aspettavo gli interventi che sono stati svolti dai colleghi. Ognuno di loro ha parlato dei problemi dei propri territori, di ciò che non va, chi in maniera morbida, chi in maniera un po' più rigida, ma credo che anche quello di oggi passerà per un Consiglio inutile.

Ascolterò con grande interesse ciò che comunicherà il Presidente Vendola, perché mi sembra più interessante il suo intervento, ma me lo sarei aspettato all'inizio del Consiglio...

PRESIDENTE. Sarebbe stato irrituale, consigliere Cassano.

CASSANO. Lo affermo perché il Presidente sa bene che personalmente non attacco nessuno. Non sono un consigliere che compie battaglie inutili, ma suggerisco di affrontare le problematiche che ogni giorno gli addetti ai lavori ci pongono come notizia di ciò che non funziona nei diversi territori.

Non vorrei compilare una lista – come tutti

giustamente hanno fatto e probabilmente, Presidente, faranno anche successivamente – delle situazioni che non funzionano nei diversi ospedali. Per Taranto ho sentito prima i colleghi Mazza, Cervellera, e io magari inizio con Bari, con l'ospedale "Di Venere" e il Policlinico, oppure con Mola di Bari, Conversano, Monopoli.

Credo che questo Consiglio passerà come un Consiglio regionale inutile, ma che si doveva tenere, perché si è sollevato un problema e perché nasce dalla morte di un povero cittadino. Questo Consiglio finirà, la situazione rimarrà la stessa e nessuno avrà risolto alcunché.

Mi sarebbe piaciuto ascoltare per primo il Presidente Vendola perché giustamente avrà molte considerazioni rispetto agli errori che hanno commesso gli altri e che probabilmente questo Governo sta continuando a commettere, a partire dagli errori commessi da questa Giunta regionale, ossia dal Presidente Vendola stesso, che raramente interviene sulla sanità. Per questo motivo mi sarebbe sembrato opportuno iniziare dall'intervento del Presidente.

Ho ascoltato e letto in parte la relazione dell'assessore, il quale sa bene che io l'ho difeso spesso, perché si trova a gestire una situazione impossibile. L'assessore, però, sapeva bene, prima di prendere in mano le redini dell'assessorato alla sanità, a che cosa andava incontro. Peraltro, essendo dirigente di primo livello e conoscendo molto bene la materia, dovrebbe sapere che arrivare in un Consiglio regionale e mettere in evidenza le migliaia di problematiche che non vanno sono questioni che noi ormai da otto anni ascoltiamo dai diversi assessori.

Ci sono stati assessori che hanno svolto le stesse considerazioni a un dato punto, ma purtroppo la situazione non è cambiata. L'assessore Fiore nell'ultimo periodo dava ragione a noi, soprattutto ai consiglieri di minoranza, quando sollevavamo le migliaia di problematiche esistenti sul territorio, salvo

poi rimanere nella stessa situazione, se non peggiorarla.

Assessore, noi abbiamo chiuso gli ospedali "piccoli". Scusate, se mi lasciate concentrare mi consentire di riferire ciò che ho da dire, altrimenti preferisco chiudere l'intervento. Stiamo parlando di una questione molto seria e io ho paura, lo ripeto, che questo Consiglio finisca e che domani si parli di altro.

PRESIDENTE. Collega Cassano, vada avanti. Non si preoccupi.

CASSANO. Mi preoccupo, invece. Purtroppo, intervengo perché mi preoccupo.

Abbiamo chiuso gli ospedali "piccoli". Li abbiamo chiusi perché spesso sembravano ospedali inutili e, quindi, per rafforzare gli ospedali più grandi.

Che cosa è accaduto in questo periodo, assessore? Nonostante la chiusura dei "piccoli" ospedali – molto personale è nei piccoli ospedali chiusi a non fare nulla –, gli ospedali grandi stanno soffrendo peggio di prima.

Mi aspetto dall'intervento del Presidente Vendola un elemento propositivo e importante. Oltre alle considerazioni che svolgerà su ciò che questo Governo e quello precedente non ha fatto per risolvere il problema, vorrei comprendere che cosa farebbe lui personalmente e che cosa vorrebbe fare nei prossimi mesi o nei prossimi anni. Non so quanto tempo avremo a disposizione per avere un segnale positivo nell'ambito della sanità.

Sono d'accordo con quanto affermava prima il collega Mazza, quando si parlava di una sanità migliore, soprattutto con riferimento a ciò che accade in Lombardia: abbiamo forse il personale più qualificato d'Italia. Abbiamo medici e infermieri preparatissimi e lo sappiamo tutti.

Il problema organizzativo, però, non può essere secondario, collega Mazza, rispetto al problema della sanità. Si parte dall'organizzazione della sanità, da una struttura reale, da una struttura che funzioni, per poi far lavorare

meglio il personale e i medici. Oggi noi abbiamo una struttura che non funziona e chiaramente il personale e i medici sono costretti a compiere i salti mortali per risolvere i problemi dei cittadini.

Concludo parlando del personale, del personale precario, di quello delle cliniche private, della CBH e di tutto ciò che sta accadendo in questi mesi. Dobbiamo prestare attenzione, Presidente, perché la situazione, per come stiamo conducendo oggi la sanità, può solo peggiorare. Se riusciamo tutti insieme, come da qualcuno è stato proposto, a mettere insieme alcune idee e proposte che possano cambiare la rotta di questa conduzione, credo che sarebbe un fatto importante.

Mi aspetto, Presidente, che nei prossimi giorni si apra un tavolo allargato per ascoltare i suggerimenti di tutti, compresi quelli della minoranza. Grazie.

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

MARINO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, io condivido molto la relazione dell'assessore Attolini, non solo perché ci offre uno spaccato della situazione della nostra regione e di come i processi che abbiamo messo in atto nella sua sanità siano andati avanti. La condivido anche perché vorrei ricordare a me stesso e a voi che in una situazione particolare, di grande difficoltà nazionale, noi abbiamo realizzato, come ha ricordato più volte il Presidente Vendola, ciò che altre Regioni hanno realizzato in dieci anni: abbiamo chiuso 18 ospedali e abbiamo tentato, attraverso una manovra sul personale, di entrare in un Piano di rientro che non è nato per lo sconquasso della sanità pugliese, che non c'era, ma perché, a un dato punto, il Ministro Tremonti si inventò un'indicazione nel bilancio che ha costretto la nostra Regione a entrare in Piano di rientro. Vorrei che la verità fosse sotto gli occhi di tutti e che partissimo da queste considerazioni.

Mi convince anche la cornice, cioè il fatto che ci sia una contrazione finanziaria, il fatto che questo Governo debba intervenire sui tagli e che tali tagli mettano in discussione e possano sempre di più mettere in discussione l'idea stessa che noi avevamo di quel FESR. Credo che quella che stiamo svolgendo questa mattina – mi riferisco anche ai toni degli amici e dei colleghi dell'opposizione – sia una discussione seria e approfondita, che possa portare anche a un cambio di passo.

Ritengo che il Presidente Vendola abbia fatto bene ad accettare questa discussione alla luce del sole. Io vorrei che fosse chiaro che a chiunque, in queste condizioni, tremerebbero i polsi nel gestire la sanità, in un periodo come quello attuale.

Tuttavia, la Puglia non è né la Campania, né il Lazio, né altre Regioni che noi conosciamo. Siamo di fronte all'opinione pubblica per le scelte che abbiamo compiuto. Abbiamo cercato in tutti i modi di salvare i diritti, innanzitutto partendo da quelli dei più deboli. La storia delle tasse è una "panzana" che non esiste e i dati sono sotto gli occhi di tutti.

Signor Presidente, noi ci troviamo in un momento di contrazione finanziaria molto forte, in cui dobbiamo provare ad assumerci le responsabilità della politica. Lo dico a me stesso: penso che una sinistra moderna debba essere in grado di rispondere di più e meglio alle esigenze di uno Stato più leggero e di cambiare le categorie di appartenenza, ossia di capire che i diritti dei cittadini possono essere calpestati, se noi non mettiamo mano ad alcune questioni fondamentali.

Porto un esempio, in modo che possiamo comprenderci. Io ho avuto modo di vedere la pianta organica dell'ASL di Taranto – penso che siano tutte uguali – e ho visto che su 4.000 dipendenti 657 usufruiscono della legge n. 104. Ciò significa che il 15 per cento della forza lavoro, ossia dei dipendenti appartenenti a tale ASL, lavorano un mese in meno rispetto ad altri lavoratori.

La legge n. 104 è un diritto, ma tale diritto

va controllato, altrimenti ne schiaccia altri. Questo diritto schiaccia la possibilità di investire altre risorse nel diritto di salute dei cittadini. Questo è il tema che noi dobbiamo affrontare oggi.

Abbiamo incominciato con alcune funzioni, come riferiva correttamente l'assessore. Si è parlato del Progetto Nardino e via elencando. Stiamo parlando a 100.000 persone della Puglia. Noi dobbiamo estendere la nostra capacità di progettare all'intera Puglia, cambiare, far camminare di più l'altra gamba della sanità pugliese, i servizi sociali, la sanità diffusa, la medicina del territorio. Su questo aspetto vorrei un confronto vero, non artificiale, non partendo da posizioni che ne vogliono scimmiettare altre.

Ho deciso di svolgere questo intervento perché ho visto che c'è un sentire quasi comune intorno a questa discussione, la quale, lo ripeto, deve partire dalla *mission* che noi abbiamo: dobbiamo cambiare l'assetto e anche l'impostazione politica della salute.

Vogliamo una politica della salute riferita agli attori stessi della politica stessa, cioè ai medici soltanto o agli operatori sociosanitari? No, al centro dobbiamo mettere i cittadini e per fare ciò dobbiamo cominciare a muovere e a rompere anche alcune posizioni di privilegio. È questo il tema nuovo che dobbiamo affrontare e su cui io credo che ci dobbiamo sfidare.

La politica avrà anche un segnale diverso dalle questioni che noi abbiamo spesso segnalato. Vedete? Noi siamo quelli che hanno proposto l'accentramento della spesa e oggi, attraverso la *spending review*, in questa direzione voi ci date ragione.

Comunico al Presidente che uno sforzo che la Giunta compie, cioè quello di emanare ben due delibere che permettano alle ASL di arrivare a una transazione con le ditte e con i fornitori regionali, in un momento di crisi incredibile sul piano dell'occupazione e dello sviluppo, è una boccata d'ossigeno che noi introduciamo, per far riprendere, da questo pun-

to di vista, l'economia di una regione. Assistiamo, però, all'impotenza di una macchina organizzativa all'interno della sanità che non è in grado di farci poi camminare rispetto alle decisioni che prendiamo, Presidente.

Io mi pongo, dunque, un problema: non è giusto che, quando emaniamo una delibera, una legge o una norma, ci fissiamo anche dei tempi? Credo che l'assessore al bilancio debba svolgere subito, adesso e qui, una considerazione essenziale: se i Direttori generali o gli uffici delle ASL non sono in grado di aprire una transazione vera con queste ditte, occorre che ci sia un commissario *ad acta* che sia in grado di cimentarsi e di offrire la possibilità che le decisioni che noi assumiamo abbiano una conseguenza logica.

Sono tante le questioni su cui possiamo discutere. Con grande lealtà riconosco che l'assessore non ha la bacchetta magica, ma è da sette mesi in questo ruolo, con una tecnostruttura. Quante volte ho sentito affermare da parte vostra che la sanità è quasi l'80 per cento del Bilancio regionale, forse di più, e che abbiamo una tecnostruttura che è quella di vent'anni fa, una tecnostruttura che non può stare al passo delle questioni che noi solleviamo, pur con tutta la buona volontà.

Presidente, o troviamo una forma di incentivazione, di possibilità, di innesti, di innovazione, oppure lo scarto fra le questioni che noi solleviamo e quelle che effettivamente vanno avanti diventa sempre più esteso.

Noi abbiamo parlato di centralizzazione. Non è possibile – l'unico esempio che porto riguarda il mio territorio e non ne aggiungo altri –, nell'era dell'informazione, ossia in un momento storico in cui le notizie viaggiano in tempo reale, così come le informazioni e i dati, che noi dobbiamo utilizzare una TAC e una risonanza magnetica che, invece di avere il dischetto, che costa due lire, ricorre ancora alle pellicole, con una spesa di circa 2 milioni all'anno.

Ciò avviene non per un'incuria della politica regionale – vorrei che questo fatto fosse

chiaro, perché non è una responsabilità di Vendola, di Attolini o di Marino della maggioranza – ma di chi giorno per giorno gestisce quella ASL e non si rende conto che c'è una spesa improduttiva, cui deve mettere le mani e che non può andare avanti così, perché è sotto gli occhi di tutte le persone che tale situazione non funziona.

Questo deve essere il senso. Noi dobbiamo intervenire sulle questioni e porre gambe a un processo che, a questo punto, Presidente, deve avere anche una tempistica. C'è stato un tempo, e l'abbiamo ricordato, anche per responsabilità nazionali, in cui noi abbiamo messo mano per tagliare quanto più era possibile.

Oggi non basta solo tagliare o svilupperemo ciò che è successo alla Fiat. La Fiat non è in grado di creare un modello che stia sul mercato europeo e sostiene che vuole andare in America.

Noi non possiamo solo tagliare, ma dobbiamo anche investire e investire non significa stanziare alte risorse, bensì cambiare l'organizzazione del lavoro, rafforzare la gamba che ci permette di rispondere di più e meglio alla medicina del territorio, costruire – io non sono d'accordo con il consigliere Surico, perché non ne sento l'esigenza – un sentire comune della politica.

Oggi il Presidente della Giunta regionale è venuto a discutere in campo aperto per osservare che ci sono le Istituzioni, il Consiglio, la Commissione che presiedo. Ebbene, tale Commissione può essere la palestra per la costruzione di un progetto *in itinere* che deve vedere questo Consiglio unito nel compiere lo sforzo di cui parlavo prima. La politica, cioè, deve rispondere all'esigenza di uno Stato più leggero e a una maggiore efficacia ed efficienza della Cosa pubblica.

Nella sanità questa è la priorità assoluta. Se questo dibattito fosse stato impostato in questo modo, noi non avremmo perso tempo né nella relazione dell'assessore, né a discutere oggi tra di noi, ma avremmo cominciato a porre le basi per cambiare passo e individuare

insieme una nuova politica della salute che parta dalle esigenze dei cittadini. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, consigliere Marino.

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

PALESE. Signor Presidente, nel mio intervento intendo svolgere una premessa preliminare. L'assessore alla sanità, nel tenere la relazione, ha formulato anche un appello, un contributo forte da parte delle forze politiche dell'opposizione in genere e di tutti.

Nella relazione mi aspettavo alcune notizie almeno su ciò che si sta facendo, se la questione non è ultimata, sulla situazione che avevamo posto, ossia su com'era nata questa richiesta. Mi riferisco al caso di Mola, di Manduria, di Barletta per la psichiatria e agli adempimenti della legge n. 135/2012 (*spending review*), nonché a quelli del decreto-legge n. 158 (decreto Balduzzi).

Ci premesso, continuo a sostenere che all'interno del Consiglio, perlomeno in quest'Aula, o riusciamo a ristabilire un punto di verità su un problema tanto complesso che spesso ci ha visti divisi, come quello della gestione e delle responsabilità della sanità, oppure noi non andiamo da nessuna parte.

Quando dico "noi", mi riferisco all'intera Regione, all'intero Consiglio. Del resto, se sulla situazione del Piano di rientro continuiamo a sostenere come ha fatto poco fa il Presidente Marino, che l'ha imposto Tremonti o il Governo, o, come afferma il consigliere Decaro sulla stampa, l'ex Ministro Fitto, voi non sapete di che cosa parlate. Se voi dichiarate ciò e ne siete convinti, non sapete di che parlate. Ve lo comunico con estrema chiarezza.

In una delle numerose censure in atto sulla situazione della Corte costituzionale, di cui alcune consapevoli, leggo quanto osserva il Governo Monti: «È opportuno premettere che la Regione Puglia, a causa del mancato rispet-

to del Patto di stabilità interno per gli anni 2006 e 2008, è stata dichiarata inadempiente dal tavolo politico istituito a seguito dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e conseguentemente alla Regione non è stato consentito l'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale a carico dello Stato per quegli stessi anni.

Alla Regione è stata, tuttavia, data la possibilità di recuperare le suddette somme, pari a circa 500 milioni di euro, con l'invio di una proposta di Piano di rientro da sottoscrivere con accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge n. 311/2004, secondo quanto disposto dalla legge finanziaria del 2008, legge n. 244/2007, articolo 2, comma 49 (Governo Prodi e Padoa-Schioppa come proponenti)».

In presenza di quattro Regioni inadempienti, non potendo cambiare più i numeri nei relativi bilanci e considerato ciò che era successo, si concesse loro un'opportunità. Il Governo Prodi l'ha concessa ed è una misura che io condivido totalmente. Non è una critica la mia, ma un ristabilire la realtà delle cose.

Se non ci intendiamo nel ristabilire ciò che dispongono le leggi nei passaggi, noi non stiamo compiendo un'azione utile alla Puglia. Non riusciamo non solo a capire e a far capire alla gente nulla della situazione dal punto di vista politico, il che interessa poco, per come è messa oggi la politica, ma non facciamo nemmeno capire al sistema, che è sfuggito di mano completamente rispetto alla *governance*, come stanno le cose e che cosa bisogna fare, ivi compresi la Commissione e il Consiglio.

In merito alla citata formulazione, che è mutuata dall'Europa, e sono concorde con l'assessore Attolini quando sostiene che ci sono sistemi mutuati dall'Europa, la situazione è la seguente: Piano di rientro per deficit eccessivo dall'Europa per gli Stati, Piano di rientro per deficit eccessivo all'interno delle Regioni nel seguire il Piano di rientro.

Davanti a una situazione del genere come

si fa ad affermare che il Ministro Tremonti e il Governo hanno imposto o non hanno imposto, hanno fatto o non hanno fatto qualcosa? È questo l'iter procedimentale.

C'è un iter procedimentale preciso sui Piani di rientro. Sono le Regioni a proporre. Ci riferiremo poi quali sono le proposte, perché noi, pur avendolo sollecitato mille volte, essendo stato attuato con due anni di ritardo, a differenza delle altre Regioni, con due anni di ritardo abbiamo avuto i circa 500 milioni di euro con spese, interessi e altro.

Riferiamo tutta la verità, altrimenti non riusciremo mai a capire il motivo per cui ci oggi troviamo in questa situazione critica. Che ci fosse un Piano di rientro non solo per la parte finanziaria, ma anche per quella assistenziale è dovuto anche a un'altra inadempienza, per un ritardo da parte della nostra Regione. Mi riferisco all'intesa firmata il 23 marzo del 2005 per la riduzione dei posti letto tra le tante cose e all'intesa del 6 dicembre del 2009. Le avete recepite con ritardo rispetto a tutte le altre Regioni.

C'è, quindi, un impatto violento sul sistema, perché tutto ciò che avrebbe potuto essere attuato dal 2005 al 2009 o al 2010 in maniera graduale è stato attuato in due anni per responsabilità dei ritardi che sono attribuibili alla Regione.

Questa è la situazione. O ristabiliamo tutto per capire che cosa bisogna fare e che cosa non va, oppure compiamo un danno. Non so se il danno potrà essere più riparato, per come sono messe le cose non solo per la nostra Regione, ma anche per l'intero Paese e per l'Europa.

Noi votammo contro per un motivo molto semplice. In realtà, erano tre i motivi principali. Ritenevamo che si dovesse intervenire in un Piano di rientro anche sulla spesa di beni e servizi, diminuendola, come adesso fa la *spending review*, il che rende incompleto il Piano di rientro. Votammo contro anche perché non c'era un nuovo modello organizzativo funzionale e perché non c'erano strumenti

adeguati di controllo sulla gestione della spesa sanitaria.

Non voglio esaminare una questione di 8-9 anni. Sappiamo tutti qual è la situazione. Sarebbe tempo perso farlo rispetto all'evidenza. Noi riteniamo che l'acquisizione di spesa di beni e servizi non avrebbe potuto essere mantenuta in quella maniera.

È stata compiuta una scelta politica, perché in quel preciso momento la spesa di beni e servizi non poteva assolutamente diminuire, ma avrebbero dovuto diminuire i due grandi aggregati, la spesa farmaceutica, su cui io condivido totalmente, e il blocco del *turnover* del personale, che non è imposto solo alla Regione Puglia, ma anche a tutte le Regioni. Parleremo in maniera specifica poi del blocco sul personale.

Queste due voci hanno già prodotto 137 milioni di euro, di cui 84 quest'anno sul personale, che rappresentano il risparmio – il resto è rappresentato da pochi milioni di euro – che si è registrato sul Piano di rientro senza toccare l'acquisizione di beni e servizi. Ritengo che quella sia stata una scelta politica. La si può condividere o meno. Sull'acquisizione di beni e servizi è caricata la spesa delle internalizzazioni, che dovevano essere effettuate. È così. È questo che è successo.

Non si può affermare oggi che, nella situazione del blocco del *turnover*, che vale per tutte le Regioni che sono in Piano di rientro, bisogna cercare di vedere come poter determinare un *plafond* rispetto al risparmio oltre al Piano di rientro.

Anche in questo caso vi abbiamo invitato a prestare attenzione, perché il punto fermo è rappresentato dalle piante organiche. Abbiamo dovuto varare una legge sul problema delle piante organiche e alla fine sono saltate fuori quelle sulle quali si sta discutendo.

Lo affermo in quest'Aula: in questo caso il Governo – Presidente Vendola, lei lo sa molto bene – è sostanzialmente più arbitro che valutatore. Ci sono tutte le altre Regioni che sono in Piano di rientro e che sono moltissime –

ormai sono dieci, più della metà. Sono più quelle sotto Piano di rientro che non quelle a gestione normale –: non è possibile offrire la possibilità di concessione a una Regione per alcune cose e ad altre no.

Io penso, in maniera piuttosto ragionevole, che, se il Piano di rientro al 31 dicembre 2012 deve concludersi e portare a una situazione stabilmente riequilibrata, non ci sia dubbio che i risparmi debbano essere consolidati. Mi pare che il Governo, qualunque esso sia, ma soprattutto le altre Regioni possano vedere che il grande risparmio – ciò risulta anche dalla relazione che ci ha portato – riguarda la spesa farmaceutica e quella del personale. Nel momento in cui il blocco del *turnover* si sblocca, quale risparmio consolidato c'è? Nessuno. Questo è uno dei tanti argomenti su cui esporrò anche alcune altre situazioni.

Sul problema organizzativo e funzionale l'assessore chiede se sono convinto che non abbiamo un modello. Assessore, io non sono convinto, sono straconvinto per via dei risultati. I parametri definiti dai Patti della salute, dalle società scientifiche, dalle leggi regionali, dalle leggi nazionali in riferimento agli standard sono quelli che la Giunta ha adottato nelle diverse fasi.

Se ci sono questi parametri, il problema è un altro. Nel momento in cui si è elaborato un Piano di rientro, con la riorganizzazione della rete ospedaliera tramite 22 dismissioni di ospedali che perdono la classificazione, bisognava costruire un nuovo modello prima di tutto dal punto di vista organizzativo e funzionale delle responsabilità. Noi siamo ancora oggi con l'organizzazione della legge n. 38 del 1994, che poteva andare bene forse fino all'inizio dell'accorpamento con le ASL provinciali. Dopo, però, avremmo dovuto attuare provvedimenti più seri in materia.

Il collega Marino e tanti esponenti della sinistra hanno ragione quando affermano che gli *input*, le decisioni, le determini e tutto ciò che viene da parte della Regione non è seguito più da nessuno. Per forza: non regge, per-

ché c'è un nuovo sistema, una nuova organizzazione, che vanno definiti.

Rilevo ciò con grande disponibilità nel cercare di affrontare il problema. Possiamo affrontare questo problema rispetto ai ritardi attuali? La Puglia può pensare di avere 700 milioni di euro in cassa erogati alle ASL, con l'assessorato al bilancio tutto impegnato a emanare le delibere, a occuparsi dei flussi, e quando poi arrivano alle ASL si ferma tutto? Rimaniamo insensibili rispetto a questo tema? Dobbiamo cercare di attuarlo per forza. Noi abbiamo l'obbligatorietà di avere la certificazione dei bilanci delle ASL, al di là del fatto che siano certificabili o meno.

La dobbiamo avere perché saranno altre Regioni a chiedercene conto. Poiché la coperta si rimpicciolisce sempre, saranno le altre Regioni a chiedercene conto. Ci sono situazioni che vanno necessariamente determinate in diversi aspetti, di cui io parlo da tanto tempo, a cominciare dall'assistenza territoriale.

Presidente, non è un problema. Io vedo questo momento anche come una revisione storica, perché sono convinto che nessun amministratore abbia la bacchetta magica e che pensi di compiere alcune azioni.

Sono otto anni che noi parliamo del potenziamento dell'assistenza territoriale. Io non affermo che non sia stato fatto nulla, però invito a prestare attenzione, perché su un piatto d'argento c'è stata la possibilità di portare veramente a compimento una revisione epocale in termini di assistenza. Nel momento in cui è stato elaborato il Piano di ristrutturazione ospedaliera del 2002 e la revisione territoriale occorreva *sic et simpliciter* tirar fuori ciò cioè che attualmente dispone Balduzzi solo per alcune parti, ma anche e soprattutto la necessità del momento, di avere ospedali di grandi dimensioni, di medie dimensioni e piccoli ospedali.

Ciò accadeva otto anni fa e questa continua a essere oggi la riforma. Assessore Attolini, collega Romano, c'è la contestualità, ci sono problemi, ma dobbiamo imprimere un impul-

so serio, perché è passato troppo tempo. La gamba territoriale va attrezzata in maniera specifica con alcuni piccoli ospedali, anche perché dovrebbe essere fondata sui distretti sociosanitari di base.

I distretti sociosanitari di base, culturalmente, nella nostra regione non sono quello che dovrebbero essere. Se penso a un distretto, lo immagino come un luogo di prenotazione, ma non come una situazione multi specialistica. Non è pensabile che la nostra Regione, come tante altre, in questo caso abbia i soldi per compiere un megainvestimento sui distretti sociosanitari, né che li avrà.

Se li avessimo oggi, ci vorrebbero dieci anni per realizzare tali distretti. Perché ancora oggi, dopo otto anni, cincischiamo sulla situazione degli ospedali? Sul modello Massafra, assessore, sfonda una porta aperta con otto anni di ritardo. Capisco che non sia semplice, ma questa è la strada, queste sono le nostre proposte, che noi abbiamo avanzato miliardi di volte rispetto a questa situazione.

Quando Sergio Blasi asserì che la legge n. 5 del 2011, riguardante la trasformazione dei piccoli ospedali in RSA, avrebbe dovuto essere il faro della nuova sanità, non risposi nulla. Gli dissi allora che non era così e, purtroppo, drammaticamente, non è stato così, perché non poteva essere.

Noi riteniamo che, al di là delle situazioni di inadempienza e della complessità della gestione, ci siano alcune questioni nostre che non vanno. Non è deresponsabilità del Governo precedente o dell'attuale, nella maniera più assoluta. Riteniamo che almeno ciò che abbiamo stabilito, le leggi regionali nn. 25 e 26, la legge n. 23, il Patto della salute e alcune altre leggi sul personale, come la n. 12 del 2010, la n. 22 del 2011, la n. 11 del 2012, l'articolo 5 della legge n. 18 del 2012, ma soprattutto le leggi nn. 25 e la legge n. 23 del 2008, stabiliscano tante disposizioni.

Parlando di cure primarie, si è fatto qualcosa? Parliamo del 2006. Si è fatto qualcosa rispetto all'organizzazione che si propone?

Il problema è quello, ma non solo. Si erano stabilite talmente tante disposizioni nella legge che le ASL se ne erano pure dimenticate, tanto che, quando hanno costituito le piante organiche, non sapevano se considerare o meno tale organizzazione.

Cito un esempio per tutti. Il Piano salute (legge n. 23/2008), che riguardava una serie di situazioni, sta facendo qualcosa sui nuovi ospedali? Abbiamo consapevolezza che, dal punto di vista del flusso e della realizzazione dei nuovi ospedali, di cui non discuto la scelta, lo Stato deve stanziare 1,7 miliardi di euro per altre otto Regioni che hanno l'accordo di programma già firmato e poi arriviamo noi? Oggi c'è zero in cassa.

Sono tante le questioni che riguardano soprattutto la situazione generale. Su ciò che non funziona non c'è molto da osservare. Leggiamo tante parole, ma pronunciate dalla sinistra. Non me ne voglia Antonio Maniglio se lo cito, come non me ne vogliano tanti altri colleghi consiglieri regionali rispetto a tante situazioni che non vanno.

Penso, per esempio, alla situazione del personale. L'assessore Attolini afferma che è un grande problema e su questo non c'è dubbio. Attenzione, però: noi non siamo messi come le altre Regioni, seppure in Piano di rientro sul personale. Noi partiamo da una situazione iniziale molto grave.

La prima questione riguarda il fatto che tutte le ASL non avevano rispettato quanto previsto dalla legge, cioè che il livello di spesa dovesse essere fissato a partire dal 2006 sulla spesa complessiva dell'1,4 per cento in meno rispetto a quella del 2004. Lo stesso è avvenuto anche sulle assunzioni a tempo determinato rispetto a ciò che era in essere.

È un problema serio, che deve essere superato nella chiarezza assoluta nell'interlocuzione con le altre Regioni e con il Governo. Deve essere superato nella maniera più assoluta, perché è inderogabile che ci sia questo punto fermo. Bisogna essere con le carte in regola in tutti i sensi.

Si sta lavorando. Non metto in discussione il lavoro, perché anch'io vedo i provvedimenti e le piante organiche. Non è in discussione questo punto, ma c'è qualcosa che dal punto di vista generale ancora non funziona rispetto al risparmio consolidato, nonché all'interno della situazione delle piante organiche, a livello di spesa del personale.

Ci troviamo in questa difficoltà, oltre che con il problema degli destabilizzati, che non tratto perché l'abbiamo trattato tantissime volte. Noi contestammo in tutte le maniere quella norma e la storia è finita come è finita.

L'altro aspetto importante è che anche dalle piante organiche – mi spiace che non ci sia il Presidente Marino perché in Commissione l'ho ripetuto tante volte – emerge che nel 2007 e nel 2008, quando si poteva sostituire solo il *turnover*, quando ciò è stato effettuato in alcune ASL, Lecce e Brindisi in particolare, il personale del ruolo sanitario, medici, infermieri, ostetrici e i tredici profili previsti – o sedici, non so quanti siano diventati –, quando è andato in pensione o si è trasferito, cioè è cessato dal servizio, non è stato rimpiazzato con altrettante figure. Tuttavia, il 63 per cento di quel personale a Lecce è stato riassunto come usciere e in altri ruoli.

Questa è una responsabilità che vi porterebbe avanti per sempre, perché, se si manterranno questi *trend* di contenimento della spesa, arriverà il momento in cui non ci sarà la possibilità di determinare questo obiettivo. Anche l'assessorato al bilancio all'epoca ve l'aveva segnalato, perché io l'ho appreso da tale fonte, in maniera particolare dalle relazioni che sono state elaborate.

Attrezziamoci ora! Vogliamo o non vogliamo effettuare il controllo dei flussi finanziari delle ASL e farlo in modo adeguato? L'assessorato al bilancio e la Ragioneria sono pronti da tempo. Chi è che non dà il via? Dove si blocca questa procedura? Essa avrebbe evitato anche le disparità e i ritardi rispetto alla situazione delle aziende, e mi riferisco ai fornitori.

Ci sono problemi di cui non abbiamo parlato per niente. Uno di questi è la gestione del personale. Dappertutto – l'ultimo caso è quello di Taranto – persone andate in pensione continuano il rapporto di lavoro nonostante i divieti posti dalla legge. In alcune ASL la mobilità si fa, guarda caso, per titoli e per colloquio, assegnando al colloquio il 20 per cento del punteggio. Ma che cosa vogliono fare? Se quelli che hanno questo diritto sacrosanto devono essere bocciati, lo dicano! Queste storture vanno corrette subito perché riguardano la gestione. Non credo che il Presidente della Regione o la Giunta regionale siano d'accordo. Eppure succede.

Anche sull'utilizzo delle risorse *ex* articolo 20 bisogna fare una ricognizione. Dei nuovi ospedali ho detto: le liste di attesa sono quelle che sono ed è la cronaca a denunciarlo. Penso anche che sia aumentato dappertutto il contenzioso. Il problema è che siamo vicini – e questo riguarda anche l'assessore al bilancio – al 30 settembre, data di preconsuntivi indicata dalla legge. In base ai preconsuntivi, infatti, si fa la programmazione che serve per determinare le tasse.

Penso che sia un problema serio. Il Piano di rientro dovremmo concludersi. Abbiamo sempre sostenuto la necessità di un prelievo fiscale finalizzato al disavanzo della sanità ma, se come dicevano a suo tempo nei loro ragionamenti l'assessore al bilancio, il Presidente Vendola e quant'altri, il Piano di rientro è azzerato, queste tasse dovremmo rivederle, se non eliminarle. Vorremmo avere qualche anticipazione su questo.

Io penso che l'opposizione non si possa sottrarre dal dare il proprio contributo. Per quanto riguarda i regolamenti, Presidente Vendola, non a caso chiedevo conto degli adempimenti del 135. Si tratta di due pagine che illustrano ciò che la Regione deve fare. Su questo lei avrà tutta la nostra collaborazione perché dall'attuazione di queste norme dipende il futuro della sanità, come l'assessore sa bene.

Lo stesso vale per il decreto-legge n. 158/2012 del Ministro Balduzzi con riferimento all'organizzazione. Non vorrei che fosse tralasciato, perché secondo la *spending review* questi adempimenti saranno gli indicatori per la valutazione del 2013. Nella legge n. 138/2004 sull'*intramoenia* sono già contenute le nuove linee-guida per l'emergenza-urgenza e per i punti nascita.

Sulla situazione dei punti nascita ci siamo soffermati più volte. Sappiamo bene, assessore, come stanno le cose. Abbiamo degli *standard* da seguire e molte scelte da fare. Tuttavia, con i consultori non abbiamo raggiunto un buon livello rispetto alle prestazioni che vengono erogate, che dovrebbero essere erogate e che noi vorremmo fossero erogate.

Non sta scritto da nessuna parte che le prestazioni definite come territoriali debbano essere fornite in un determinato posto. Noi abbiamo un patrimonio soprattutto strutturale e tecnologico di attrezzature e in parte professionale. Dico "in parte" perché non credo che una divisione o un'unità operativa di ostetricia e ginecologia *sic et simpliciter* possa trasformarsi tutta intera. Quanto previsto dall'articolo 17 della legge regionale dell'8 agosto 2006, recante "Prestazioni assistenziali in favore della gestante, della partoriente e del neonato", potrebbe però essere recuperato, insieme a tante altre cose, per offrire un utile servizio, cioè rispettare la legge e, dove il punto nascita venisse dismesso per legge, cercare di recuperare tutto quello che c'è e che non abbiamo i soldi per fare.

La *spending review* determina anche un'altra decisione. Su loro richiesta, la *spending review* consente alle Regioni come la nostra di differire la conclusione del Piano di rientro di un anno. È solo una delle tante indicazioni. La *spending review* consta, infatti, di 732 pagine e io le ho lette tutte in pieno agosto. Mi ci sono voluti quattro giorni. È un punto fondamentale. Noi chiediamo alla maggioranza un approfondimento serio per capire se sia più conveniente per il sistema regionale

chiudere questa fase al 31 dicembre 2012 o al 31 dicembre 2013. Non c'è dubbio comunque che si tratti di una decisione che non può essere presa in questo momento.

Rimane un altro aspetto da segnalare. La seconda e la terza fase del Piano di rientro riguardano anche la parte privata. Io dovrò verificare se, nel contesto degli accreditamenti concessi, le grandi strutture private della città di Bari abbiano effettivamente dovuto adeguarsi ai requisiti tecnologici, strutturali e di personale o se, invece, abbiano avuto l'accredimento istituzionale senza gli adeguati requisiti. Se è successo questo, si tratta di un fatto grave. Riferisco qui in Consiglio la notizia così come mi è arrivata. Non conosco la realtà dei fatti, ma è opportuno che si facciano le relative verifiche. Ove fosse vero, ci sarebbe tempo per riparare. È giusto che gli errori, se ce ne sono stati, vengano corretti.

Come opposizione, garantiamo quella lealtà che abbiamo sempre dimostrato in materia di sanità. Riteniamo che in questi otto anni si sarebbe potuto fare di più e meglio. Su certi aspetti si è perso tanto tempo. Tuttavia, se sarà necessario e decisivo per il bene della Puglia, continueremo a dare il nostro contributo anche in termini di proposte. Forse, se ci aveste ascoltati un po' di più, qualche errore sarebbe stato evitato e ci troveremmo in una situazione migliore.

Per il prosieguo, assicuriamo pienamente di fare tutto quello che sarà nelle nostre possibilità nell'interesse della Puglia.

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

ROMANO. Signor Presidente, è importante in questo dibattito aver trovato un punto di sintesi sulla condizione di partenza richiamata dall'assessore nella sua relazione, cioè la crisi. Il contesto nel quale siamo chiamati a dare risposte e a trovare soluzioni era inedito sino a qualche mese fa. Quello della crisi economica è un contesto che non possiamo rimuo-

vere. La Puglia, per altro, ha memoria della situazione di pesantezza dei bilanci pubblici dei decenni passati, una pesantezza che i pugliesi pagano ancora oggi. Dover fare i conti con la crisi è un dato di necessità che ha cambiato lo scenario complessivo.

Mi fa piacere che il Presidente Palese su molte questioni abbia cambiato idea, anche se questo cambiare idea non è sempre coniugato con l'assunzione politica di responsabilità. Tranne che su taluni emendamenti, non ricordo che il cambiare idea su qualcosa abbia determinato il voto positivo in Aula. Evidentemente, si combatte la propria battaglia, però ci si schiera votando contro perché si sta all'opposizione. Diverso ragionamento è quello dell'UDC, che ha votato il Piano di rientro. Anche quello è un punto di partenza politico importante che bisogna valutare.

Ma è il caso oggi di morire sulla crisi, di smantellare il sistema partendo dalle condizioni imposte da un contesto nazionale e internazionale? Io dico no. Utilizzare il Piano di rientro che ci è stato imposto per modificare l'offerta sanitaria, sia ospedaliera che territoriale? Io dico altrettanto di no. Bisogna però fare di necessità virtù: il servizio sanitario nazionale va rivisto, va riformato, va reingegnerizzato, come ci piace dire in molte occasioni.

Il dato odierno è che i livelli essenziali di assistenza sono cambiati. Adesso, per molte patologie non si dovrebbe parlare più di LEA, ma di "LPA", cioè di livelli possibili. La sfida politica è garantire l'universalità della prestazione. Dobbiamo tornare a sostenere la grandissima battaglia che l'80 per cento della politica portò avanti alla fine degli anni Settanta licenziando la legge che riconosce il diritto universale alla prestazione sul territorio nazionale, cosa che abbiamo fatto quando, rispondendo alla Lega Nord, Presidente Vendola, abbiamo riconosciuto all'emigrante il diritto a non nascondersi e a ricevere la prestazione sanitaria.

È bene ogni tanto ricordare queste vicende perché sono il pane quotidiano del nostro fare

politica. Diversamente non capiremmo più dove stiamo andando.

Su questa materia come su altre, Presidente Vendola – parlo a nuora perché suocera intenda –, la Puglia in questi sette o otto anni è stata un laboratorio dal quale lei e la sua Giunta avete dimostrato all'Italia, e in qualche caso anche all'Europa, che la sinistra può produrre una cultura di governo moderna, tenendo conto di due parametri in conflitto con la nostra formazione.

Abbiamo rivisto il concetto di spesa finalizzata al servizio per finanziare il diritto perché abbiamo incominciato a riflettere sul fatto che la risorsa finanziaria non è illimitata. Abbiamo fatto i conti con lo *spread* e ci siamo accorti di questo. Tuttavia, anche in materia di politiche della salute abbiamo prodotto fatti. Forse con il senno di poi nel 2005 avremmo dovuto prendere atto del lavoro sporco fatto dalla Giunta precedente e correggere quell'impostazione, ma allora il mondo era un altro. Allora non c'era limitatezza della risorsa e per questo abbiamo licenziato l'"omnibus" contenente tutti gli aspetti richiamati dal Presidente Palese e sui quali allora fece la guerra.

Quando parlavamo di spostamento delle risorse dall'offerta ospedaliera alla deospedalizzazione, il centrodestra si faceva una risata generale. Era vero che il presidio sarebbe rimasto. Era un problema culturale. Lo era allora e lo è ancora oggi. Dimenticare, però, quello che abbiamo detto e deciso di fare in questi otto anni mi sembra sbagliato anche nella prospettiva di sapere dove stiamo andando, che è la domanda che ci poneva l'assessore Attolini nella sua relazione.

Ricordo, per esempio, il tema del peso specifico del DRG nella nascita. Noi arrivammo in Aula con un'ipotesi che ribaltava il peso specifico dal parto naturale al parto cesareo e che fu bocciata da un emendamento dell'allora collega Saccomanno in quest'Aula. Parlavamo di dipartimento delle cure primarie e intermedie perché vedevamo il modello di *governance* e *management* dell'ospedale proiettato sul territo-

rio. Volevamo che la medicina territoriale fosse un fatto, un'alternativa all'offerta di ospedalizzazione. Questi temi fanno parte della nostra battaglia.

Abbiamo anche licenziato il Piano della salute, il primo piano della salute che la Regione Puglia abbia avuto nonché il primo piano della salute nazionale. Mentre le altre Regioni licenziavano i Piani sanitari, noi abbiamo affrontato il Piano della salute nella sua interezza, occupandoci di ambiente, di casa, di territorio, di paesaggio, di stili di vita, e lo abbiamo fatto consapevolmente. Su quest'altra materia l'azione di governo della Giunta Vendola ha dimostrato che, anche con risorse finanziarie limitate, si può fare e dare prova di un governo moderno.

Sulla sanità ci siamo fermati perché è intervenuta una direttiva europea più stringente su debiti e vincoli dei finanziamenti comunitari. Nel 2005 e nel 2006 la direttiva non era così stringente: lo è diventata nel 2008 e nel 2009. Poi sono intervenute le bolle speculative sulla finanza e sull'edilizia. Finché nel giro di due anni lo *spread* è impazzito e ci ha obbligato a fare i conti con altri strumenti.

Accanto a questo, va anche ricordato che è mutata la domanda. La domanda non è più quella di sette anni fa. Oggi la domanda è direttamente legata alle aspettative di vita. La stessa cronicità oggi richiede qualità della vita. La cronicità non chiede il contributo alla carrozzella o alla diversa abilità. Chiede anche un sostegno e un'integrazione, cioè quelle politiche di inclusione sociale che abbiamo messo in campo affinché la persona sia al centro della domanda e della risposta pubblica. Questo deve comunque fare i conti con il tema della risorsa finanziaria.

Certo, oggi il mondo della sanità è in subbuglio e i tagli del decreto "salva Italia" e della *spending review* impongono vincoli molto stringenti. Il mondo dell'associazionismo è in difficoltà. I fornitori sono in grosse difficoltà. Il problema non è chi paga quando, ma l'attenzione politica verso un mondo che non

può vivere nel ritardo. Dobbiamo trovare forme per soddisfare gli impegni che abbiamo assunto un anno e mezzo fa. Se in questo rapporto con il mondo dei fornitori c'è una corsia preferenziale per le *lobby* della fornitura, per la dimensione internazionale della fornitura, è una responsabilità grave della politica. Se c'è, va fermata per un'attenzione particolare verso questi altri mondi.

Tutto questo è solo stress? Io dico di no perché le condizioni sono sostanzialmente mutate. Il punto dolente è il personale. Nella definizione tanto del Piano di riordino quanto del Piano di rientro finanziario è stata fatta una scelta che poggia per il 75-85 per cento sul personale. Le nostre proiezioni prevedevano il 3 per cento all'anno. Dopo un anno e mezzo ci siamo accorti che è il 13 per cento. Strada facendo abbiamo avuto la riforma delle pensioni e più di qualcuno ha accettato di percorrere quella strada. Forse abbiamo prodotto qualche proiezione sbagliata e, avendo poggato il Piano di rientro su quel risparmio, evidentemente oggi paghiamo quegli errori.

Al sistema e agli operatori dobbiamo dire che siamo con loro. Se nel dipartimento di emergenza-urgenza c'è una difficoltà, dobbiamo stare al loro fianco e cercare, nei limiti dei vincoli imposti, di risolvere quel problema. I pronto soccorsi stiano tranquilli: non si smantella niente. Aiuteremo anzi a risolvere, per quanto è possibile, i problemi.

Per quanto riguarda la dotazione organica, è interessante la scelta del *case mix* come elemento di valutazione. Da quello che ho letto per alcune branche e per alcune discipline, ha dato la fotografia puntuale di quello che è successo negli anni. Non parlo delle assunzioni effettuate l'altro giorno, ma di ciò che è successo negli anni, di come è nato il reparto e di come si è costruita quella dotazione organica.

Quando il *case mix* mi dice che in un reparto ci sono dodici posti letto e una dotazione organica di venticinque persone, mentre nello stesso reparto di in un altro ospedale ci

sono gli stessi posti letto e la metà del personale, qualcosa deve essere successo, ma non ieri, negli anni Ottanta, Novanta eccetera. Se non vogliamo farci venire il torcicollo – e al proposito esprimo un giudizio positivo sull'intervento del collega Palese –, dobbiamo guardare avanti. Di responsabilità e di elementi impropri nelle responsabilità delle scelte che sono state compiute se ne troverebbero anche troppi!

Voglio richiamare un'importante indagine che è stata condotta dalle ACLI tra aprile e giugno del 2011 sul gradimento della sanità. L'80 per cento degli intervistati esprime un giudizio positivo sul personale del sistema sanitario regionale, ma il 60 per cento esprime un giudizio negativo sull'organizzazione e sull'offerta funzionale. L'ospedale rimane ancora, nella testa delle persone intervistate, l'unico presidio rispetto alla domanda di sanità e di salute. Questo per noi ha un significato.

Il personale, assessore, richiede un'attenzione particolare. Lo stress c'è. La corsia sta soffrendo molto e alcune scelte adottate non in assenza di una *governance*, ma in piena autonomia del *management* del territorio vanno bloccate. Abbiamo il dovere di esprimere politica con equilibrio. Se è vero che abbiamo quelle carenze, bisogna dare agli operatori una pacca sulle spalle e chiedere loro una mano ad andare avanti, non il contrario.

Se la risposta è questa, è sbagliato bloccare l'acquisto delle prestazioni da un lato e dall'altro denunciare che le sale operatorie rimangono aperte otto ore perché mancano gli anestesisti. Forse, superando quella rigidità, avremmo potuto chiedere a qualcuno di rimanere un'ora in più. Lo stesso discorso vale per il blocco dello straordinario, che in questo momento particolare può essere un danno. Richiamo tali esempi per ribadire che in questa fase abbiamo bisogno di equilibrio.

Il *case mix* ci dice che è possibile lavorare su qualcos'altro. Vi sono reparti che rappresentano la trincea dell'offerta ospedaliera e altri in cui il venerdì pomeriggio si chiude e si

va in vacanza fino al lunedì mattina. Probabilmente una certa concertazione sindacale potrebbe aiutarci a chiedere al sistema della rappresentanza di sedersi intorno a un tavolo. Non dico che si possa eliminare lo stress del reparto chirurgico, ma quantomeno potrebbe essere alleviato nel fine settimana. Abbiamo bisogno di politiche e di concertazione per riconoscere e tentare di risolvere i problemi.

Come ricordava il Presidente Palese, abbiamo parlato in più occasioni di “ospedale-territorio”. È possibile una dipartimentazione dell’ospedale-territorio? Se vogliamo che la libera professione incrementi l’offerta di deospedalizzazione e la presenza sul territorio, è possibile lavorare su questo? Stiamo parlando di cinque capi dipartimento per ASL che mettono insieme l’offerta ospedaliera e l’offerta territoriale. Pensiamo ai concorsi per dirigenti che sono in corso: alcuni sono bloccati, ma altri sarebbero fattibili perché iniziati nel 2009. È possibile concluderli e superare la precarietà che c’è in quel reparto? Non chiedo un crono-programma, ma il via. Una Direzione generale non può rispondere che è impossibile perché c’è Bari. La situazione di Bari è diventata un alibi per la *governance* complessiva.

Voglio ricordare un episodio importante perché è giusto che si parli anche di questo. Il sistema è prigioniero per una scelta del Ministro Tremonti. Mi dispiace che il collega Palese non sia d’accordo, ma l’errore è stato decidere la responsabilità patrimoniale dei dirigenti per le Regioni in Piano di rientro. Forse equilibrio significava qualcos’altro. Responsabilità patrimoniale significa invece che l’assessore ordina al Direttore generale di rientrare; il Direttore generale ordina al Direttore sanitario di rientrare e il Direttore sanitario ordina al primario di rientrare. Il sistema è paralizzato.

Prima della deroga, ci vuole una gestione equilibrata. Io mi ribello all’idea che il sistema sia fatto di persone cattive, che vogliono solo rubare e sprecare risorse pubbliche. C’è

una parte stratificata di interessi, probabilmente anche trasversali, ma il sistema offre prestazioni importanti e le offre con uno stress che sta crescendo ogni giorno. È per questo che dobbiamo dare una pacca sulla spalla agli operatori e riconoscere loro qualcosa.

Ognuno ha la sua storia. La Puglia ha avuto per anni tanti punti nascita e tanti ospedali. Il Piemonte e l’AgeNaS sono un’altra cosa. Chi aveva condizioni di partenza simili a quelle della Puglia, della Toscana o dell’Emilia-Romagna ha avuto bisogno di un decennio per fare il primo e il secondo Piano di rientro. Non dobbiamo dimenticarlo, altrimenti l’offerta va in cortocircuito e il sistema salta. Non possiamo permettere che questo succeda perché il sistema della Puglia offre prestazioni di eccellenza, se è vero che c’è anche una mobilità attiva.

Io ringrazio l’assessore per aver citato contestualità e gradualità. Riconosco anche a me stesso la fatica di riuscire a far passare quel provvedimento, che è stato impugnato perché ci siamo dimenticati le isorisorse che io avevo previsto. Accanto a contestualità e gradualità, aggiungo che nonostante Monti, nonostante il Piano di rientro, nonostante la *spending review*, nonostante l’Emilia-Romagna, nonostante tutto ciò la Puglia, come le ho già detto il 19 giugno 2012, Presidente, può dimostrare che è possibile costruire un sistema moderno, che fa i conti con risorse non più illimitate e garantisce diritti.

Io, assessore, non sono preoccupato della privatizzazione di pezzi della sanità. Questa sorta di privatizzazione per alcune patologie c’è già. Io sono preoccupato per l’universalità del diritto alla prestazione. Quello è il rischio vero. Quando la nostra cultura metterà in campo le dinamiche per non negare questo diritto, forse riusciremo a trovare le soluzioni giuste. Abbiamo bisogno di un crono-programma di riconversione, che dica realmente che cosa vogliamo fare e detti i tempi al *management* delle ASL. Il personale dei diciotto ospedali dismessi dov’è? Quando sarà

d'aiuto alle strutture e ai reparti che sono sotto stress? Occorrono punti fermi come questo.

Quanto è stato detto nella relazione a proposito dell'edilizia ospedaliera prevede tempi molto lunghi. Dobbiamo darci delle priorità e far sapere alla Puglia che faremo anche una sola cosa, ma nel giro di un anno o due. Diversamente salterà anche il rapporto di credibilità e di fiducia con il territorio nel suo complesso.

La medicina di iniziativa è l'altra risposta al deficit e qualcosa si sta già facendo. I dati sull'inappropriatezza del ricovero sono importanti. È soltanto un problema di pronto soccorsi che sbagliano a ricoverare e di extra-locazione oppure abbiamo anche un problema di modello organizzativo e funzionale – sono d'accordo con Rocco Palese – che non smista verso il territorio la prestazione richiesta? Abbiamo dei risultati-simbolo, come il Leonardo o il Nardino, ma abbiamo bisogno di dare dei messaggi. La nostra sfida, anche per l'edilizia ospedaliera, è il distretto.

Quanti investimenti, ad esempio *ex* articolo 20, vengono cantierizzati? La Puglia, Presidente, ha un problema serio, ma non patrimoniale. Il problema è rappresentato dalle strutture tecniche, che non sempre sono neutre e funzionali agli obiettivi prefissati. Qui sì che sarebbe il caso di pensare a esternalizzazioni che aiutino a dare risposte.

Nella *spending review* è stato richiamato un modello che noi abbiamo proposto nel 2008-2009 e che chiamiamo SIATA, cioè medicina e associazione. Adesso abbiamo bisogno di capire quanti sono, quali politiche attiviamo, quanti ne vogliamo fare, per quante ore e come li vogliamo sostenere. Dobbiamo costruire, rispetto al dato di partenza, il sostegno concreto a ciò che vogliamo fare. Le partite aperte sull'offerta e sull'ospedalizzazione vanno chiuse sia per quanto riguarda l'accorpamento sia per quanto riguarda le dismissioni. Non possiamo aspettare ancora.

Da ultimo, mi rivolgo al Presidente su un tema a lui molto caro: salute e ambiente. Ab-

biamo fatto alcune cose per Taranto ed esce il caso di Brindisi, poi toccherà a Manfredonia e così via. Forse dovremmo cominciare a ragionare su una norma regionale che renda obbligatoria la valutazione di impatto sulla salute. La Regione Toscana ci sta già lavorando, ma noi dobbiamo arrivare per primi perché abbiamo problemi alquanto diversi e dobbiamo coinvolgere l'ISDE, l'Associazione nazionale dei medici per l'ambiente.

Dobbiamo farlo e anche in fretta perché sarebbe un altro fiore all'occhiello per la Puglia.

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

FRIOLO. Signor Presidente, colleghi consiglieri, nell'apprezzare il modo e i toni con cui l'assessore Attolini ha esposto la sua relazione, vorrei aggiungere che il dibattito è fatto di tesi e antitesi. Mi auguro, quindi, che alla fine si giunga a una proposta di sintesi.

Dopo ciò che ho sentito e dopo aver letto la relazione mi sono reso conto che molto si è detto e molto si è fatto, ma non partendo dall'inizio. Delle lacune, infatti, si è data la colpa ai Governi nazionali o ad altro. Così come ha fatto il mio Capogruppo Rocco Palese, che è partito dai Piani di rientro, io comincerò dalle cifre del 2005. Dopo la sconfitta del centrodestra il nuovo Consiglio regionale ha certificato, al 31 dicembre 2005, il risultato contabile di una gestione politica diversa. Quel risultato approvato il 31 dicembre 2005 cristallizzava un avanzo di amministrazione pari a 9.034.000 euro.

I conti erano dunque in attivo, ma lo sono stati per poco perché parlare di questi numeri con il vostro Governo è come parlare di favole. Già l'anno successivo, infatti, vi siete trovati con 307 milioni di euro di disavanzo, disavanzo che negli anni si è aggravato. Non avete rispettato il Patto di stabilità e siete stati obbligati ad attuare il Piano di rientro, Piano di rientro che avrebbe potuto essere attuato già nel 2008, ma avete temporeggiato. I ritardi

sottolineati tecnicamente dal mio Capogruppo avrebbero potuto essere colmati e oggi le difficoltà sarebbero sicuramente inferiori, ma voi avete privilegiato le campagne elettorali e gli interessi politici di parte.

Avete chiesto ai Direttori generali di predisporre i piani attuativi locali e avete continuato a costruire e inaugurare reparti. Nel 2010 avete fatto campagna elettorale sapendo di mentire ai pugliesi perché all'indomani di quella campagna i reparti in questione sono stati chiusi. Avete illuso la gente. Io ci avevo anche creduto. Soffermandomi su quella sconfitta, mi sono chiesto se la vostra idea fosse migliore della nostra. Mi sono detto che sicuramente i cittadini avevano scelto il progetto migliore. Poi, con il passare del tempo e avendo avuto la possibilità di sedere tra questi banchi, mi sono reso conto che così non era. Avete avuto la capacità di illuminare la Puglia con una luce forte in campagna elettorale, tanto da ottenere il voto dei cittadini, ma quella luce era talmente forte che, all'indomani della vittoria, questa Regione ha iniziato a bruciare. Avete creato tanti roghi, il più grosso dei quali è proprio quello della sanità.

Penso, assessore, che al di là dei problemi e dei risultati che, come ho detto prima, lei ha evidenziato nei modi e nei toni giusti, esistano tante altre lacune che non si devono addebitare a lei, ma a una gestione della sanità iniziata nel 2005. Qualcuno a guardia dei pollai ha messo le volpi. Quando le volpi hanno mangiato le galline, si è scandalizzato e le ha cacciate. Questa sanità è stata gestita e amministrata da assessori e Direttori generali. Ritengo che i risultati negativi si possano attribuire anche alle scelte politiche che avete effettuato.

Mi dispiace che il Presidente Vendola, dopo aver ascoltato i Capigruppo, sia uscito. È già tanto se a noi poveri *peones* danno la parola: non possiamo anche pretendere di essere ascoltati dal Presidente. Per la scelta dei Direttori generali avevate adottato un metodo virtuoso, basato su selezioni particolari e sulla

formazione, ma il mese scorso, quando avete riaperto i bandi per le direzioni generali delle aziende ospedaliere, non mi pare abbiate scelto lo stesso percorso. Vorrei comprenderne il motivo perché, se il principio della formazione aveva dato buoni risultati, poteva essere esteso anche a questi Direttori generali. Spero di avere una risposta al riguardo.

Ritengo che le difficoltà in cui ci troviamo dipendano soprattutto dalla vostra incapacità di controllare. I controlli sono pressoché inesistenti e quando ci sono, mi permetta, assessore, sono politici. Nel momento in cui nominate i revisori dei conti privilegiando le tessere di partito – i revisori nominati appartengono infatti a determinati partiti –, è ovvio che la tutela sia più politica che amministrativa.

È ovvio che i Direttori generali, essendo in Piano di rientro, rispondano a lei, assessore. Ma non sono forse dei super *manager*? Questi Direttori non dovrebbero aiutarla con proposte costruttive? Devono invece supinamente accettare ciò che la sua struttura dice loro? Tornano sul territorio a cancellare tutto, salvo poi chiederle di salvare qualche situazione limite che ha a che vedere poco con il funzionamento e la buona amministrazione della sanità e molto con le appartenenze politiche.

Tutto questo esiste. Potrei fare diversi esempi, ma mi esimerò, anche perché autorevoli esponenti del centrosinistra spesso lamentano essi stessi le promesse delle campagne elettorali. Condivido ciò che dice il consigliere Romano, ma dovete avere la forza e il coraggio di affermare le stesse cose in campagna elettorale. Se vi contrastiamo su determinati principi è perché eravamo sicuri che dalle parole sareste passati ai fatti. Invece vi adagate su problemi che non sono sanitari e chiamate in causa le pressioni di un Governo Monti o Tremonti per giustificare la vostra cattiva gestione della sanità.

Ritengo, assessore, che alla pari dei problemi che lei ha evidenziato anche la mobilità extra-regionale debba essere trattata in modo differente. Che tipo di servizi offriamo ai no-

stri cittadini? Quali sono le super specialità? Sono rimasto colpito da un fatto accaduto a Brindisi, che mi dà persino fastidio ricordare. In occasione dell'attentato alla scuola Morvillo-Falcone prontamente lei e il Presidente Vendola vi recaste in città, come era giusto che faceste.

L'ospedale di Brindisi in quel frangente è stato eccellente. I medici, il personale, il Direttore generale si sono subito adoperati per cercare di curare le ferite, che mai si chiuderanno, di quelle povere ragazze, una delle quali ha perso la vita. Come lei sa, la più grave tra le ragazze ferite è stata trasferita a Lecce. Mi spiega perché successivamente è stata trasferita a Pisa?

Non abbiamo reparti in grado di curare questi pazienti? Sarei stato orgoglioso se quella vita fosse stata assistita in Puglia, dove abbiamo delle eccellenze. Lo dice lo stesso Presidente Vendola. Il reparto di chirurgia toracica del San Paolo è un'eccellenza. Perché non lì e perché a Pisa? Se questa famiglia ha scelto un'altra regione, perché lo ha fatto? Perché, nonostante gli eccellenti reparti di chirurgia toracica, come voi dite, non diamo alla gente la giusta speranza?

Ci vuole anche l'anima nell'affrontare i problemi. Se dite asetticamente che il Governo non vi dà la possibilità di fare ciò che volete, vi ricordo che avete sottoscritto un contratto sinallagmatico. Eravate d'accordo sulle condizioni che il Governo ha posto e avete l'obbligo di rispettarle.

Quando si tratta di questi temi, avremmo tante cose da dire. Mi sarebbe piaciuto soffermarmi su altri aspetti, ma mi accontenterei, Presidente, se oggi questo Consiglio regionale non finisse per essere solo uno "sfogatoio" delle lamentele di maggioranza e opposizione. Vorrei che questo Consiglio regionale ci portasse a un risultato.

Oltre alla replica dell'assessore Attolini e del Presidente Vendola, mi auguro che si assuma un impegno serio per migliorare le carenze strutturali e non solo di questa Regione.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE MANIGLIO

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

LONIGRO. Signor Presidente, come affrontare i conti della sanità è un tema che vede ormai impegnate tutte le Regioni italiane. Come diceva il collega Palese, sono circa una decina quelle in Piano di rientro o commissariate e probabilmente a breve anche altre Regioni italiane sottoscriveranno un Piano di rientro.

È un tema delicato e serio che riguarda il debito pubblico. L'Italia si è impegnata a raggiungere il pareggio di bilancio entro il 2013. Il Governo nazionale, che tutti i giorni rivede i conti, ritiene di poter raggiungere l'obiettivo aumentando le tasse agli italiani e tagliando i servizi. Ciononostante, il debito pubblico continua a crescere. Questi sono i temi sui quali la politica e la classe dirigente sono chiamate a discutere.

In Puglia, al di là degli investimenti, dei reparti aperti, chiusi, mai avviati o inaugurati, abbiamo un problema serio, che viene da lontano. Lo voglio ricordare a me stesso, ma soprattutto al collega Palese, che negli anni passati è stato assessore al bilancio di questa Regione (e forse anche assessore alla sanità) e ha dovuto affrontare il problema del debito regionale. Non entro nel merito delle scelte compiute una decina d'anni fa. Non giudico se fossero giuste o sbagliate, resta il fatto che la maggioranza di allora ritenne, da un lato, di bloccare le assunzioni nella sanità e, dall'altro, di contrarre un mutuo di 850 milioni di euro e relativi derivati con Merrill Lynch, di cui continuiamo a pagare le rate.

Siccome la Regione Puglia non è una Repubblica a se stante, deve rispettare le leggi finanziarie dello Stato, a cui enti locali e Regioni si devono allineare. Con una delle finanziarie del 2005 o del 2006, il Parlamento ha stabilito che per il contenimento della spe-

sa pubblica tutti gli enti territoriali devono ridurre dell'1,4 per cento la spesa del 2004 per il personale.

Mentre la Puglia nella sanità in quegli anni non assumeva e non sostituiva chi andava in pensione, le altre Regioni determinavano le proprie dotazioni organiche in relazione alle necessità. A causa di questa legge finanziaria – e ancora oggi stiamo facendo i conti con i ritardi accumulati nel rideterminare il costo del personale – abbiamo dovuto adottare una legge regionale per imporre al *management* di ridurre la spesa dell'1,4 per cento rispetto al 2004.

Per venire incontro alle esigenze della sanità senza intaccare il blocco delle assunzioni, si è deciso di esternalizzare servizi come quello delle pulizie e degli ausiliari, affidandoli a società esterne attraverso l'aggiudicazione di una gara. Quel costo, invece di sommarsi alla spesa per il personale, che nel bilancio si trova al Titolo I, è confluito nei beni e servizi. In qualche maniera si è trovato l'artificio per non assumere personale pur continuando a fornire il servizio. È ciò che è accaduto.

È chiaro che oggi, con le norme della *spending review* che impongono di risparmiare il 5 o il 20 per cento su beni e servizi, incontreremo ulteriori problemi. Mi pare che l'attuale Governo abbia anche annunciato che bisogna ridurre dello 0,7 per cento il numero dei posti letto rispetto agli abitanti, e l'anno prossimo avremo meno risorse dal riparto della spesa sanitaria tra le Regioni. Purtroppo stiamo rincorrendo le leggi dello Stato per il contenimento della spesa pubblica e per questo abbiamo difficoltà nell'organizzare al meglio i nostri servizi al cittadino.

Quando si paragona la sanità della Lombardia e quella della Puglia, si dice che la sanità privata lombarda è di eccellenza. Voglio però ricordare che in qualche struttura privata del nord si impiantavano protesi su pazienti sani per drenare danaro pubblico. È bene ricordarlo. È vero che in Puglia, come purtroppo in altre parti d'Italia, ci sono casi di mala-

sanità. Accade un po' dappertutto. Non dobbiamo negare, però, che nelle strutture sanitarie pugliesi migliaia di operatori danno il meglio e vanno anche oltre l'orario di lavoro pur di assistere pazienti e ricoverati.

Continuando a rappresentare la sanità come qualcosa di completamente negativo per fini politici, non offriremo un buon servizio né daremo il giusto riconoscimento a quelle migliaia di persone che tutti i giorni si dedicano a esaudire le richieste di salute in ogni parte della Puglia. Saremmo ingrati nei confronti di questi operatori, medici, infermieri e tecnici che giornalmente svolgono il proprio lavoro.

È vero che intorno alla sanità e ai suoi costi ci sono ancora tante zone d'ombra. Una di esse riguarda le persone con problemi psichici che non sono assistite negli ospedali, ma sono in cura presso strutture affidate a privati. Alcune di queste strutture sono accreditate, altre tentano di avere l'accreditamento ma, pur non riuscendoci, da decenni ottengono il rinnovo dei contratti senza gara. Le ASL pagano a queste società il corrispettivo, ma i lavoratori non vengono retribuiti. In provincia di Foggia abbiamo casi di lavoratori in arretrato di dodici mensilità, benché la ASL abbia versato tutto il dovuto.

Che cosa succede? Forse c'è un senatore che ha bisogno di mantenere queste strutture, che ormai hanno il monopolio della provincia di Foggia e sono nate per clientelismo elettorale. All'epoca per altro furono assunti muratori, carpentieri e casalinghe. Per professionalizzare il personale organizzammo, con bilancio proprio, corsi di formazione per operatore socio-sanitario. Erano centinaia i dipendenti chiamati a partecipare a questi corsi. Abbiamo cercato di qualificare questo personale, ma ci sono ancora situazioni poco chiare.

La Regione Puglia, inoltre, è stata l'ultima in Italia ad attivare il 118. In qualche caso si è proceduto con l'affidamento a società e cooperative di volontariato, in qualche altro caso si è proceduto con le gare. Noi vorremmo che

tutte le postazioni di 118 fossero messe a gara, con tutto ciò che ne deriva.

Il problema è trovare le risorse. Mettendo a gara le postazioni che oggi sono nelle mani di società e cooperative di volontariato, il loro costo salirebbe, ma il personale non sarebbe più utilizzato a scopo clientelare. C'è chi ci lavora un anno e poi viene sostituito, diventando merce di scambio per il padrino o il proprietario o il presidente di turno. Tutto questo esiste ancora.

Ci sono dei ritardi che vengono da lontano e spero che riusciremo a superarli. Oggi però non penso che serva continuare su questo piano. Dobbiamo cercare insieme, come meglio possiamo, di riorganizzare i servizi. Come diceva il collega Marino, abbiamo un'organizzazione vecchia, appesantita. Le norme devono consentirci di potenziare l'assessorato, di innestare persone nuove, forze fresche, nuove figure che accompagnino un'idea diversa della sanità e dell'organizzazione territoriale.

I nostri ritardi dipendono da una vicenda che ha colpito tutta l'Italia. Il contenimento del debito pubblico, i tagli, le minori risorse mettono in difficoltà tutti. Il problema non è che governi il centrodestra o il centrosinistra, anche se sulla sanità abbiamo certamente idee diverse. Con il Piano della salute noi pensavamo di offrire alla Puglia un modello diverso di organizzazione sanitaria, ma abbiamo dovuto ricorrere le vicende finanziarie che ci hanno vincolato e ancora ci creano problemi.

Il blocco del *turnover* che ci è stato imposto è un altro pezzo della legge finanziaria dello Stato. Prima almeno si poteva sostituire il 20 per cento di coloro che andavano in pensione. In altre parole, su dieci persone che andavano in pensione, se ne potevano assumere due. Con il blocco del *turnover* attuale non possiamo sostituire nemmeno quei due. È evidente che siamo in difficoltà. Spero che a Roma ci sarà senso di responsabilità sia a livello di Ministeri sia al tavolo Massicci.

Faccio qui una riflessione che riguarda chi sta al Parlamento italiano. Tutte le manovre

fatte finora hanno bloccato il debito pubblico? A me non sembra. Evidentemente quel tipo di impostazione non produce il risultato che tutti auspicano. Spero che ci sia un'inversione di tendenza, altrimenti tutte le Regioni avranno difficoltà a dare assistenza a chi ne ha bisogno.

Molti di noi, direttamente o indirettamente, si sono trovati a frequentare le corsie degli ospedali. La sofferenza è tanta e altrettanta è la difficoltà. A nessuno di noi fa piacere vedere file di persone che soffrono e non riescono a trovare un posto. Anche questo aspetto sarebbe da rivedere. Spero che coloro che lavorano nella sanità prestino un'attenzione diversa e assumano un comportamento differente nei confronti di chi ha bisogno.

Ognuno di noi dovrebbe sentirsi responsabile di come è stato affrontato questo tema in Italia.

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

NEGRO. Signor Presidente, dividerò il mio breve intervento in due parti: una sarà dedicata alla relazione dell'assessore Attolini e l'altra, più generale, sarà incentrata sulle osservazioni che il mio Gruppo intende fare sulla *governance* del sistema sanitario regionale.

Il nostro Gruppo, alla stregua degli altri e in particolare del PdL, dichiara la propria disponibilità, come è stato sin dall'inizio, a una collaborazione istituzionale per la risoluzione dei problemi. Come condizione, intendiamo rivolgere al Presidente Vendola l'invito a partecipare, così come sta avvenendo per Taranto, in prima persona, con ciò accogliendo la proposta del collega Surico.

La sanità nella nostra regione costituisce un'emergenza di tale portata che nessuno degli attori principali può restare defilato.

Ci piace ricordare che il Gruppo dell'UDC ha espresso voto favorevole alla prima parte del Piano di rientro. Lo abbiamo fatto nell'interesse della Puglia e dei pugliesi per

evitare il rischio del commissariamento, ma abbiamo posto alcune condizioni. La prima era l'immediata e contestuale riconversione delle strutture dismesse, cioè dei piccoli ospedali chiusi, in strutture al servizio del territorio, quali poliambulatori, case della salute eccetera.

La seconda condizione che ponemmo in quell'occasione era quella di attuare il piano di costruzione dei nuovi ospedali, previsto dalla Regione sin dal 2008. Nel 2010 noi sollecitammo la messa in cantiere quelle opere perché sapevamo che le risorse del governo nazionale non sarebbero state infinite. Non bisognava, quindi, perdere tempo.

La terza condizione che ponemmo all'epoca fu la richiesta di una commissione d'indagine sugli sprechi. Sapevamo allora e sappiamo adesso che di sprechi in questo comparto ce ne sono tanti e la stampa li porta alla luce quasi ogni giorno.

Ci dispiace constatare che, dopo due anni, le nostre condizioni non state soddisfatte. Non ci è stata accordata la commissione che questo Consiglio regionale aveva inteso adottare all'unanimità. Non è partita quella riconversione contestuale delle strutture dismesse, tant'è che, come pubblicato sul sito del Ministero, il 6 settembre il tavolo a Roma ha rilevato questo difetto del Piano di rientro, cioè la mancata attivazione della riconversione delle strutture. Quanto ai nuovi ospedali, sappiamo a che punto sono: forse qualcuno li sta immaginando nella propria mente, ma di concreto non c'è niente.

La nostra è un'opposizione costruttiva e siamo pronti a fare la nostra parte se ci sarà chiarezza e un reale cambio di rotta. Abbiamo analizzato con la massima attenzione e serenità di giudizio la relazione dell'assessore e, alla luce di questo, abbiamo alcune domande da porgli. In primo luogo, vorremmo conoscere il preciso stato dell'arte della verifica dei Ministeri affiancanti ai fini del riconoscimento di uno sblocco, sia pure parziale, del *turnover*.

In secondo luogo, le chiediamo se le osser-

vazioni dei Ministeri indicate nella vostra relazione, ovvero un residuo eccesso di posti letto di alcune discipline, tra cui chirurgia, ortopedia, oncologia, geriatria e pneumologia, sono ostative rispetto al superamento dei vincoli imposti dal Piano di rientro e, dunque, richiedono la revisione del Regolamento regionale n. 11 del 2012 relativo alla seconda fase di rientro oppure se rientrano in un fisiologico confronto.

Proseguendo, l'approvazione delle dotazioni organiche da parte della Giunta regionale avvenuta il 7 agosto 2012 è effettivamente efficace per ottenere lo sbocco del *turnover*, così come annunciato dall'assessorato, tanto da aver comportato consistenti tagli negli organigrammi aziendali con tutte le conseguenze annesse e connesse oppure si corre il rischio che questo sacrificio, fino a poche settimane prima considerato non necessario, risulti inutile ai fini del raggiungimento degli obiettivi in tempo utile, cioè adesso, per scongiurare il rischio paventato dall'assessore l'altro giorno addirittura di non poter far funzionare i servizi di pronto soccorso?

Sono state impartite disposizioni cogenti alle aziende e agli enti del servizio sanitario regionale per il rispetto delle disposizioni previste dalla recente normativa nazionale in materia di *spending review*, quali la riduzione della spesa per l'acquisto di beni e servizi pari al 5 per cento? E chi è il soggetto titolato alla verifica e al controllo? In altre parole, quale sistema di *governance* garantisce l'equilibrata distribuzione delle responsabilità tra il livello politico e il livello tecnico, che oggi appare esorbitante e supplente rispetto alla funzione politica?

Abbiamo un cronoprogramma credibile circa la realizzazione di nuovi ospedali oppure quella presentata è una generica carta di intenti, priva di contenuti concreti?

E ancora: non si ritiene che sia stato davvero poco dignitoso per la Regione e per tutti noi il balletto di cifre sulla mortalità per tumori a cui abbiamo assistito in occasione del-

la discussione sul caso Ilva? Cosa concretamente si sta facendo per la redazione del registro tumori e quali sono i dati veri e validi che dobbiamo considerare?

L'IRCCS oncologico è in grado di svolgere la funzione di coordinatore del registro tumori pugliese e soprattutto esiste un concreto piano di rilancio per l'assistenza oncologica sul territorio, che vede l'oncologico di Bari quale centro propulsore della ricerca della qualità assistenziale, al di là delle cifre – certo incoraggianti – sulla riduzione della mobilità passiva?

Sono queste le domande che rivolgiamo, con la massima pacatezza e serenità, al Governo regionale a seguito della lettura e dell'analisi della relazione dell'assessore Attolini. Come già in passato, abbiamo poi qualcosa da dire sulla *governance* del comparto sanitario della Puglia.

Abbiamo dubbi e perplessità che si rafforzano di fronte a casi eclatanti come quello del turista deceduto per aver trovato chiuso il punto di primo soccorso. È anche per questo che siamo stati indotti ad aderire alla richiesta della convocazione di questo Consiglio. Non ci è noto se siano stati presi provvedimenti o se siano state appurate le responsabilità. Un altro caso è quello della partoriente che si è dovuta rivolgere a quattro ospedali prima di dare alla luce il proprio bambino.

I dubbi e le perplessità diventano certezze se guardiamo alle liste di attesa, che negli ultimi anni si sono allungate, ai pronto soccorsi intasati, al personale medico carente e ai piccoli ospedali chiusi senza creare, come dicevamo prima, le pur previste alternative per i cittadini. Più volte e a più riprese abbiamo sollecitato e chiesto un dibattito per avviare una riforma della *governance* dell'intero servizio sanitario regionale. Abbiamo chiesto anche ufficialmente che si parlasse di questo e si cominciasse a modificare l'esistente.

Ci lasciano fortemente preoccupati, infatti, oltre ai problemi quotidiani a cui non si riesce a dare risposta, decisioni come quella del

Consiglio dei Ministri di impugnare davanti alla Consulta la legge di assestamento e prima variazione del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2012 della nostra Regione.

È maturata in noi da tempo la consapevolezza, senza paura di essere smentiti, che siamo in una Puglia che possiamo definire tecnocratica, dove gli eletti e i partiti non hanno più il ruolo che la democrazia assegna loro e dove un gruppo di tecnici influenza e dirige quelle che dovrebbero essere scelte spettanti alla politica. La nostra Regione è in mano a pochi tecnici, che peraltro stanno esponendo l'ente a un contenzioso che rischia di produrre ulteriori ritardi e di aggravare la già delicata situazione finanziaria.

A ciò si aggiunge la mancanza di un'interlocuzione forte e produttiva con il Governo centrale. Ne è testimonianza il fatto che, a fronte di un Piano di rientro "lacrime e sangue", ancora non abbiamo ottenuto ciò che speravamo, vale a dire una deroga al blocco del *turnover* e un superamento dello stato di precarietà dei dirigenti medici destabilizzati.

Sui nuovi ospedali, come abbiamo detto, si è perso tempo prezioso e si è aggiunto anche un altro elemento per noi consiglieri della provincia di Lecce. Qualche giorno fa, su richiesta di un dirigente del nostro assessorato – e chiederemo la verifica della legittimità di questa interferenza nelle sedi preposte –, si è provveduto alla revoca del responsabile unico del procedimento del costruendo ospedale "Vito Fazzi".

Evidentemente questo atto è stato emesso da un dirigente che non conosce le reali problematiche dei territori e non sa a cosa espone la realizzazione di quest'opera. Cominciamo ad avere il sospetto che non si voglia realizzare questa nuova struttura in provincia di Lecce.

Abbiamo il sospetto che, se questa struttura fosse nella provincia di Bari, le cose sarebbero andate diversamente. Ci assumiamo la responsabilità di quello che diciamo perché or-

mai sono tanti i casi che inducono a parlare, anche chi come noi mai avrebbe pensato di arrivare a queste conclusioni, di “baricentrismo”. Se fossimo a Bari ci avrebbero pensato due volte prima di intervenire sull’atto di un Direttore generale considerato legittimo da veri esperti del diritto.

A monte della decisione del Direttore generale di Lecce c’era, infatti, il parere di un valido professionista e docente di diritto amministrativo. Ebbene, la Regione con una semplice lettera azzera tutto, creando ulteriori ostacoli alla costruzione di quest’opera, che va avanti da cinque anni e rischia di far perdere 117 milioni di euro e 330 posti letto alla provincia di Lecce.

L’altro capitolo dolente riguarda gli sprechi nella sanità, che spesso si risolvono anche a danno della sanità privata, come hanno avuto modo di sottolineare gli imprenditori. Abbiamo chiesto più volte al Governo regionale di avviare una riflessione su questo argomento, reiterando la richiesta di una commissione di indagine, richiesta che ancora una volta è rimasta disattesa.

Questi problemi rappresentano la punta dell’iceberg. La *governance* sta affondando l’intero sistema e rischia di trascinare la Puglia in fondo al mare, da dove sarà poi difficile riemergere. Sarebbe quindi il caso che il Presidente Vendola con autorevolezza e consapevolezza riprendesse in mano il timone di questa nave per invertire la rotta, pensando non più a una *governance* di tecnici, che hanno agito e agiscono solo in base a sterili calcoli numerici mostrando i propri limiti e la propria distanza dalla realtà, ma a una nuova *governance* che sappia dare risposte concrete ed efficaci alla domanda di sanità che si leva forte dal territorio.

Se questo avverrà, il Gruppo regionale dell’UDC sarà ancora una volta vicino e di sostegno all’azione di governo.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE INTRONA

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

GATTA. Signor Presidente, intendo richiamare la cortese attenzione dell’assessore su una serie di osservazioni che ho ritenuto opportuno svolgere e rassegnare anche per iscritto per evitare che la foga oratoria facesse velo alla lucidità del pensiero e al tecnicismo di certi argomenti.

Richiamo intanto la sua attenzione sul territorio della provincia di Foggia, che come è noto è una delle province più grandi d’Italia. Vi insistono sessantuno Comuni, per lo più piccoli – si tratta di dati oggettivi e incontrovertibili – e distribuiti in aree particolarmente svantaggiate per condizioni orografiche e per carenza di servizi a rete. Basti pensare al Gargano, che annovera nel proprio perimetro oltre 210.000 unità, e ai monti Dauni.

Premetto che il mio non è, non vuole essere e non sarà un intervento provocatorio. Non ho voluto esimermi dall’intervenire per fornire un mio piccolo contributo alla discussione generale e anche all’individuazione dei meccanismi che dovremo per forza di cose rinvenire per uscire da questa situazione ormai insostenibile.

Nel suo intervento lei ha parlato di insostenibilità del sistema. Perché questa insostenibilità possa diventare più leggera e possa essere ammortizzata dallo sforzo di tutti, c’è la necessità che ciascuno di noi dia il suo contributo, magari avanzando proposte non peregrine, perché si possa trovare la via di uscita alle criticità che sono emerse nel corso di questo dibattito e che sono state evidenziate a più riprese sia dai banchi della maggioranza che dai banchi dell’opposizione. Parlerò in tono pacato, sommesso e rispettoso e la ringrazio sin d’ora per l’attenzione che vorrà rivolgere al mio intervento.

Come dicevo, registriamo un’insufficiente organizzazione territoriale e specularmente una situazione ospedaliera caratterizzata talvolta – lei ha invece usato l’avverbio spesso –

da una pernicioso e dannosa inappropriatazza dei ricoveri. Lei ha parlato di un tasso di ricoveri per distretto altissimo e di un'offerta inappropriata. Se a questo si aggiunge l'endemica carenza, da lei definita gravissima, di personale soprattutto sul territorio, cosa che di fatto limita ogni sviluppo del modello organizzativo e attenta al mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, il quadro che ne fuoriesce è estremamente drammatico.

Non è però possibile in tale contesto pensare di poter cambiare il modello organizzativo di questo sistema sanitario provinciale – mi riferisco in particolar modo alla Capitanata, alla Daunia – per adeguarlo ai luoghi e ai bisogni della popolazione – ma dovrei dire popolazioni, tenuto conto dell'eterogeneità di popoli che abitano la provincia di Foggia, dal Subappennino al Tavoliere, al Gargano – senza porre mano in maniera radicale al modello di sanità, attualizzandolo al contesto e ai bisogni delle popolazioni (anche questa volta il plurale è fortemente necessario).

Il Governo regionale soprattutto negli ultimi tempi – ma la regione è evidente – si è posto di fronte a questi problemi in termini economici e finanziari volti, con una ormai tanto in voga mentalità ragionieristica, a razionalizzare la spesa piuttosto che in termini volti a rinnovare i modelli di organizzazione. I recenti provvedimenti di attuazione del Piano di rientro e della *spending review* non hanno tenuto in debito conto le diversità territoriali delle ASL regionali e i relativi modelli di organizzazione. Hanno piuttosto agito in maniera acritica con tagli di tipo orizzontale che hanno necessariamente colpito realtà, come la Capitanata, che nel tempo sono state più virtuose, ulteriormente deprivandole rispetto ad altre situazioni meno rispettose delle direttive e dei parametri via via imposti dalla Regione.

Ne risulta a oggi, assessore, un quadro provinciale fortemente depauperato di risorse organizzative e umane, con situazioni di squilibrio che i prossimi provvedimenti non potranno non accentuare. L'attuazione della

prima fase del Piano di rientro ha comportato notevoli sacrifici (ventidue ospedali e mille-settecento posti letto saltati) per comunità umane fortemente penalizzate dalla chiusura dei presidi ospedalieri. Penso a San Marco in Lamis, a Torremaggiore, all'*hospice* di Monte Sant'Angelo, sulla cui situazione le ho recentemente inoltrato un'interrogazione alla quale le chiedo cortesemente di dare sollecito riscontro.

Con la seconda fase del Piano di rientro rischiamo di rendere ancora più critica la situazione, se non riusciremo ad assicurare una organizzazione sanitaria del territorio che compensi le annunciate soppressioni di strutture ospedaliere, come nel caso di Lucera, o il forte ridimensionamento di altre, tra cui pavento quello dell'ospedale di Manfredonia.

Vengo alle principali criticità che la politica regionale dovrebbe tendere a superare. In ordine alla provincia di Foggia, le peculiarità della Capitanata impongono un modello territoriale molto più articolato che nel resto della Regione. Non è pensabile che un'organizzazione ridotta a poche unità operative, come prevede la delibera di Giunta regionale n. 1388 del 2012, possa gestire un territorio così vasto e disomogeneo come quello che va da Carlantino a Zapponeta.

Un'analoga considerazione può essere svolta per l'articolazione delle strutture ospedaliere, bisognose di una duplice decisione che non può ancora attendere tempi lunghi. La prima attiene alla definitiva decisione in merito alla ristrutturazione del sistema ospedaliero provinciale, le cui attuali incertezze, assessore, impediscono di dare attuazione al Regolamento regionale n. 10 del 2012. La seconda articolazione richiede uno sforzo di maggiore elasticità per l'interpretazione dei vincoli imposti dalla legge regionale n. 18 in materia di assunzioni a tempo determinato, in considerazione dello "scippo" effettuato in danno dell'ASL di Foggia, già impugnato dal Governo e quindi bloccato anche dalla tecnostruttura regionale.

Non si può pensare di eliminare le gravi criticità del pronto soccorso degli ospedali e quelle del sistema di emergenza-urgenza senza prevedere un consistente aumento delle dotazioni organiche di quei servizi anche con incarichi a tempo determinato, visto che la possibilità di ottenere deroghe dal Governo per le assunzioni a tempo indeterminato si va allontanando sempre più.

Occorre, infine, pensare a una modifica della delibera n. 1388 che adegui le risorse organizzative alla realtà territoriale, quantomeno utilizzando il modello organizzativo, adottato in Conferenza Stato-Regioni, che prevede parametri meno restrittivi per l'articolazione delle strutture ospedaliere territoriali. Si obietterà che tale accordo vale per le Regioni che non sono in Piano di rientro. Si attenda allora ad attuare la modifica all'attuale organizzazione quando saremo – e auspichiamo che avvenga a breve – al di fuori del Piano di rientro.

La normativa regionale, soprattutto per quanto riguarda i modelli organizzativi delle strutture territoriali, quali i distretti, il dipartimento di salute mentale, il dipartimento delle dipendenze e i consultori, presenta ritardi ormai insostenibili, che creano incertezze e proteste degli operatori e non consentono alle ASL di procedere alla predisposizione degli atti aziendali e delle dotazioni organiche. Mancano ancora i regolamenti e quelli attualmente in vigore sono in contraddizione con la più recente normativa regionale.

La sanità privata è stata fortemente penalizzata dagli ultimi provvedimenti regionali, soprattutto per quanto riguarda le strutture più piccole, che peraltro svolgono un ruolo essenziale sia per la loro collocazione sul territorio sia per i servizi erogati. Occorre una revisione più intelligente dei tetti di spesa e occorrono regole certe, magari basate sulla qualità delle prestazioni, e uguali su tutto il territorio regionale.

Da ultimo, ritengo che la diffusione estremamente capillare della popolazione sul territorio comporti forti difficoltà nell'assicurare

servizi sanitari adeguati in carenza di collegamenti viari e di servizi a rete. Di quest'ultimo dato, che ho già citato in premessa, occorre tener conto nell'assegnazione delle dotazioni di bilancio. Se è vero come è vero che i cittadini della Puglia ricevono meno risorse di quelli dell'Emilia e della Toscana, è pur vero che questo squilibrio si registra anche nella nostra regione in danno ai cittadini della Capitanata, penalizzati da una bassa densità di popolazione che richiede certamente una più capillare distribuzione dei servizi sanitari e una maggiore dotazione degli organici.

Io credo e spero, assessore, che di questi elementi che ho avuto modo di evidenziarle vorrà tener conto in sede di risposta quest'oggi, ma soprattutto nel momento di assumere i comportamenti concludenti che saremo tutti quanti chiamati a valutare.

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

SANNICANDRO. Signor Presidente, egregi colleghi, il Governo Monti aveva pensato di mettere in liquidazione e privatizzare tutte le società che operano nel settore sanitario e non solo, tant'è vero che l'articolo 4 della legge in questione è intitolato "Riduzione di spese, messa in liquidazione e privatizzazione di società pubbliche".

È un articolo che io ho definito di estremismo ideologico perché parte dal presupposto che privato è bello e che pubblico è negativo. È un luogo comune che purtroppo da parecchi anni imperversa, ad esempio, nella cultura e nel giornalismo e che ha governato la legislazione italiana. Questo sarebbe stato una sorta di colpo di grazia. Nonostante la Parmalat, nonostante la crisi delle banche, nonostante tutto si dice che privato è bello e che bisognerebbe privatizzare tutto ciò che è possibile.

In verità, il Parlamento ha corretto questa impostazione del Presidente Monti con un emendamento introduttivo del comma 3-

sexies, con il quale – devo dare atto al centro-sinistra di averlo proposto – si pone un freno a questo furore. Il comma 3-*sexies* dell'articolo 4 stabilisce che «Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto le pubbliche amministrazioni [...] possono predisporre appositi piani di ristrutturazione e razionalizzazione delle società controllate. Detti piani sono approvati previo parere favorevole del Commissario straordinario per la razionalizzazione della spesa – il commissario Bondi – [...] e prevedono l'individuazione delle attività connesse esclusivamente all'esercizio di funzioni amministrative di cui all'articolo 118 della Costituzione, che possono essere riorganizzate e accorpate attraverso società che rispondono ai requisiti della legislazione comunitaria in materia di *in house providing* [...]».

Questa norma consente di salvare il grande lavoro fatto in questi anni dalla Giunta Vendola e dall'assessorato alla sanità in materia di internalizzazione dei servizi connessi alla sanità.

Io non sono intervenuto per attraversare, come altri colleghi hanno fatto certamente con maggiore competenza e zelo, l'intero pianeta della sanità. Non avrei la forza per farlo. Voglio semplicemente soffermarmi su un aspetto. Nella relazione, assessore, si parla dei successi che la Giunta Vendola ha ottenuto in questo settore, ad esempio in termini di risparmi, ma credo che non sia stato speso un rigo per ricordare un'esperienza che, soprattutto fuori dalla Puglia, viene apprezzata dal mondo scientifico e ha dato risultati sotto il profilo meramente ragionieristico e contabile molto positivi.

Le società *in house*, i cui i bilanci tra l'altro sono stati certificati, hanno avuto un risultato positivo in termini di risparmio rispetto al passato regime. Una ASL in particolare in circa quattro anni ha risparmiato dieci milioni di euro, soprattutto nel campo della manutenzione, quella famosa attività che non finisce mai. Per non parlare del confronto a-

perto tra assessorato al bilancio e Agenzia delle entrate in relazione al fatto che l'IVA sia dovuta o meno. Faccio solo presente che se la tesi della Regione Puglia, già ritenuta sufficientemente fondata, fosse definitivamente accolta e superasse gli ultimi scogli, otterremmo un risparmio di 50 milioni di euro all'anno di IVA. Si tratta di dati contabili e non di previsioni perché conosciamo la spesa. Basta moltiplicare per il parametro dell'IVA e il risultato è quello.

Come dicevo, non ho trovato un rigo che ricordasse che abbiamo raggiunto questi livelli di eccellenza. Quello che mi preoccupa non è questo. Ci sarà qualche altra occasione per parlare di sanità. A preoccuparmi è il fatto che non c'è un rigo in cui si parli di questo articolo 4, comma 3-*sexies*, cioè del futuro. Abbiamo novanta giorni di tempo perché le ASL predispongano questo piano industriale, che, una volta vagliato, ci consentirà di proseguire sulla strada intrapresa ed eventualmente, come ricordava un collega poc'anzi, di estendere quel processo. È solo un portoncino, ma bisogna attraversarlo.

Il mio non è un intervento sulla sanità. Ho più che altro colto l'occasione per chiedere quale sia la volontà politica della Giunta Vendola su questo punto. Lo chiedono i lavoratori. In giro c'è molto turbamento e i segnali non sono rassicuranti. A certi altri livelli, fuori dalla Regione, c'è chi, come accade spesso, cerca di tirare la giacchetta in tutt'altra direzione affinché questo portoncino venga chiuso. Tra libri, testi e articoli scientifici sui giornali, c'è tutto un mondo che si è messo in moto fin dal giorno dopo per cercare di sopprimere questa creatura che sta cominciando a camminare per conto proprio.

Non è un lavoro complesso quello che si deve fare. L'esperienza conforme a quanto viene richiesto dalla legge esiste già e deve semplicemente essere messa per iscritto. La natura giuridica di queste società è già stata esaminata, assodata e certificata da una ventina di sentenze del TAR e del Consiglio di Sta-

to. Il commissario Bondi dovrà fare i conti con il fatto che questo argomento è già superato. Per quanto riguarda gli altri parametri, anche questi fanno già parte del nostro DNA. Non c'è quindi bisogno che le persone addette studino molto.

È evidente che a questo appuntamento con il commissario Bondi non si potrà andare in ordine sparso. A questo appuntamento bisogna presentarsi compatti, e mi riferisco non tanto alla volontà politica quanto al fatto tecnico. Tutte le ASL dovranno confrontarsi e concordare il tipo di atto da redigere e il tipo di bilancio da stilare. Occorre fare massa critica perché la lotta eterna tra chi intende ridurre la sfera di competenza dello Stato, a scapito dei cittadini più deboli, e chi invece intende fare dello Stato lo strumento per eliminare gli ostacoli che impediscono l'effettiva eguaglianza dei cittadini non conosce sosta. Non esistono armistizi. La nostra cultura politica democratica ci deve suggerire di non abbassare mai la guardia.

Qui si concentrano i miei timori e spero che l'assessore, se vorrà rispondere, possa rasserenare un po' tutti. Non è questione di linee guida, sia chiaro. Le linee guida attonano a qualcosa di già definito, oltre al fatto che secondo me è la legge che guida. Il problema è salvare questo patrimonio di esperienze e di eccellenze, questo fiore all'occhiello della Regione Puglia.

Prendo atto di quello che sta accadendo in questi giorni sui giornali. Le nostre situazioni virtuose sono dovute proprio all'immagine della politica, ma non si riesce a stare adeguatamente sui giornali perché fa notizia solo la brutta politica. Vedo che nella graduatoria tra chi spende di più e chi spende di meno siamo al diciassettesimo posto e i giornalisti ci accusano di avere l'iPad. È come dire che abbiamo il telefono.

Una volta sono stato alla Camera dei deputati. La mia postazione era fornita di computer e telefono perché capita di avere bisogno, per esempio, del testo di una legge. Io che non

sono addentro alle tecnologie devo ogni volta chiedere che mi sia fornita una determinata legge. Nel frattempo, il collega Cervellera mi brucia sul tempo. Si può imbastire una polemica, pur di danneggiare l'immagine della Puglia, sul fatto che il collega Cervellera ha l'iPad?

Ci siamo resi conto che questi paragoni tra Regione e Regione sono impossibili? Il dottor Giovannini, Presidente dell'ISTAT, è stato nominato Presidente della Commissione che doveva omologare il trattamento economico dei parlamentari italiani a quello degli altri Stati. Correttamente si è dimesso perché le situazioni erano troppo eterogenee. Chi con tanta semplicità si diverte a sputare sulla politica e sui politici dovrebbe prima di tutto dimostrare di conoscere gli argomenti.

Tornando all'argomento, mi attendo da parte della Giunta Vendola una risposta esauriente, non tanto per me quanto per le migliaia e migliaia di lavoratori che sono in trepida attesa di questa risposta.

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

CURTO. Signor Presidente, poco fa ho chiesto al collega Negro se alla fine di questo dibattito fosse previsto un documento in maniera da cristallizzare il risultato di una seduta di Consiglio regionale a cui io personalmente, ma non da solo, attribuisco grande importanza.

Il collega Negro mi ha detto che non è previsto alcun documento e mi ha anche spiegato che dalla Presidenza è stato rilevato il fatto che ciò non è contemplato nel Regolamento. Io sono del parere che l'Assemblea, essendo sovrana, avrebbe potuto decidere di dar vita a un atto che ci mettesse in condizione di meglio riflettere sullo stato della sanità in Puglia nelle settimane che verranno.

Dico subito che la scelta politica che è stata compiuta, a mio personale avviso, costituisce un tentativo di cloroformizzare il dibattito

sulla sanità in Puglia, un dibattito che, se fosse possibile analizzare in dettaglio i vari segmenti che costituiscono il complesso settore della sanità, farebbe emergere responsabilità politiche di una gravità inaudita, delle quali sarebbe doveroso e opportuno prendere atto con atteggiamenti, scelte e decisioni consequenziali.

Mi soffermo, quindi, sulla relazione, che contiene molti aspetti tecnici, ma non dà risposte politiche. Eppure, la materia è squisitamente politica perché inerente alle scelte che vengono fatte, sono state fatte o saranno fatte all'interno di un settore che impegna la quasi totalità delle risorse regionali. Non si può fare a meno di ricordare che, quando parliamo di organizzazione del sistema sanitario e dei suoi rapporti con una medicina territoriale che non è mai partita ed è anzi la grande assente della cosiddetta "riforma", esistono responsabilità politiche di una gravità eccezionale perché nulla è stato fatto né in termini di proposte né in termini di verifica e di controllo.

Non lo dico io, ma un importante giornale del meridione d'Italia, che in un momento in cui mancano infermieri in moltissime strutture ospedaliere fa riferimento a ciò che è accaduto all'interno dell'ospedale Fazzi, dove c'erano 192 unità in più. L'ex Direttore sanitario Sanapo dichiara che nel pomeriggio in molti stavano con le braccia conserte.

Io, Presidente, non do la responsabilità a chi sta con le braccia conserte. Questo anzi mi ricorda quello che accadde anni fa all'interno dell'Ilva, dove fu creata la cosiddetta palazzina LAF per punire i lavoratori non allineati, che venivano sistemati lì a non fare nulla nel convincimento che ciò costituisse non un favore, ma una penalizzazione foriera di abbruttimento e deprofessionalizzazione del dipendente.

La responsabilità è politica e appartiene a chi non ha saputo razionalizzare le risorse, comprese quelle umane, non ha saputo razionalizzare i servizi, non ha saputo cogliere

l'occasione di una riforma del sistema per fornire un prodotto finito di qualità sicuramente diversa rispetto al passato e capace di interpretare le esigenze di politica economica di questo particolare momento storico.

Politica è anche la questione relativa a ciò che sarà la futura rete ospedaliera. Purtroppo parlo nella disattenzione generale del Governo regionale poiché non mi pare di vedere al tavolo del Governo né il Presidente Vendola né l'assessore al ramo. Nelle scorse settimane si è consumato l'ennesimo "scippo". La razionalizzazione della rete ospedaliera aveva previsto fra Ostuni e Fasano la realizzazione del cosiddetto Ospedale Nord, ma quella programmazione è stata buttata al macero, è diventata carta straccia. Lo spostamento ha interessato l'area metropolitana-barese, con una penalizzazione fortissima della provincia di Brindisi.

Non solo l'Ospedale Nord non sarà più costruito nell'area di Brindisi, ma l'ospedale di Francavilla Fontana, sulla base delle dichiarazioni rese proprio stamane, nel corso di un Consiglio comunale monotematico, da parte del Direttore generale, dottoressa Ciannamea, ha problemi di staticità, motivo per cui non si sa se si potrà contare su quel plesso ospedaliero per il prossimo futuro.

Ciò vuol dire che probabilmente si stanno creando le condizioni per indebolire ancora di più una provincia. Probabilmente lo avete fatto con acume, anticipando di un attimo il provvedimento della *spending review* che sostanzialmente sopprimerà quella Provincia. Io credo che tutto ciò comporterà un abbassamento netto del livello qualitativo dell'assistenza sanitaria nel suo complesso, un'assistenza sanitaria che, a dire il vero, ha raggiunto punti talmente negativi da essere considerata agli ultimi posti nella qualificazione della sanità italiana.

Avrei desiderato e gradito che l'assessore al ramo dicesse qualcosa in più sulle liste d'attesa. Non faccio riferimento a mie opinioni personali. Mi onoro di considerarmi da

sempre oppositore senza aggettivi di questa amministrazione regionale. La mia però non è un'opposizione di maniera, ma punta sui fatti. Quando leggo su un giornale vicino alla formazione di governo di questa Regione che quello delle liste d'attesa è un inferno e che per una mammografia bisogna aspettare il 2015, penso che per voi non ci sarebbero sconti da fare. Avete determinato le condizioni per il totale fallimento della sanità in Puglia.

Quando viene in questa sede il bravo tecnico, attualmente assessore regionale, dottor Attolini, io mi aspettavo di sapere qualcosa in più riguardo agli effetti delle internalizzazioni, che furono una scelta politica del Presidente Vendola decisa guarda caso nell'imminenza di una competizione elettorale importante. Avremmo voluto sapere se la qualità dei servizi è aumentata; avremmo voluto sapere quanti lavoratori sono stati espulsi e quanti sono entrati nel sistema produttivo artatamente. Mi pare di poter dire che anche sui processi di internalizzazione le attenzioni di organismi sicuramente non politici ci siano e siano di un certo rilievo.

Sarebbe stato importante, Presidente Introina, sapere qualcosa in più, per esempio, sull'edilizia sanitaria, quell'edilizia sanitaria così ricca di perizie e di varianti. Io sono sempre del parere che la politica debba prevalere su tutto e che la magistratura, se possibile, debba essere tenuta lontana. Ma in questa materia, se non dovessi ricevere risposta a proposito di alcuni fatti di gravità inaudita relativi a perizie su varianti respinte più volte e sempre ripresentate – e parlo della provincia di Brindisi – sarò costretto ad adire l'autorità giudiziaria.

Voglio essere molto chiaro. Se la politica recupererà il proprio ruolo, non avrò problemi a mantenere il confronto nell'ambito squisitamente politico. Se qualcuno invece ritiene che l'opposizione, solamente per il fatto di essere opposizione assolutamente minoritaria, non abbia le capacità per incidere profonda-

mente sulla malapolitica e sulla malasanita si sbaglia e di grosso, perché sarò costretto ad assumere gli atteggiamenti consequenziali.

C'è indifferenza nei confronti della sanità in genere e della sanità carceraria in particolare, per non parlare dello sbandamento riguardo alla questione del registro tumori. Qualche giorno fa, Presidente, ho chiesto un incontro al Direttore generale della ASL, la dottoressa Ciannamea. Io non chiedo mai incontri per domandare cortesie di natura personale o di natura politica. Chiedo incontri solamente per porre dei problemi. In questa occasione ho chiesto perché mai nella provincia di Brindisi non fosse ancora stato attivato il registro tumori. Mi è stato risposto che manca il personale qualificato capace di leggere i referti.

Eppure, nel corso dell'ultimo Consiglio regionale, ebbi l'opportunità di rappresentare questa problematica all'assessore Attolini, il quale invece mi disse che il registro tumori a Brindisi esiste già. Delle due l'una: o c'è incomunicabilità tra l'assessore e il Direttore generale o sarebbe bene che si mettessero d'accordo. Questo strumento indispensabile ed essenziale per monitorare il livello della sanità in Puglia c'è o non c'è? E se sì, come funziona?

Anche le questioni ambientali che hanno riguardato la provincia di Taranto credo che richiedano una verifica. Non è possibile rimanere inerti di fronte a dichiarazioni secondo le quali a Lecce i casi di tumore sarebbero più numerosi che a Taranto, con tutto quel che ne consegue. Se questa affermazione dovesse dimostrarsi fondata vorrebbe dire che quella politica anti-industriale nei confronti dell'Ilva da una parte e di Enel dall'altra, mentre altri soggetti che inquinano molto di più vengono trascurati, non condurrà lontano. Sarebbe stata necessaria una valutazione squisitamente politica della questione, ma anche in questa occasione è mancata.

Chiudo non con rassegnazione perché non sono abituato a rassegnarmi. Proporrò subito alcune misure che spero siano considerate con

attenzione da parte del Governo regionale. Talune sono di natura tecnico-politica. Faccio di nuovo riferimento alla rassegna stampa, in cui si dice che ottocento contratti sono stati prorogati senza la gara d'appalto. Qualcuno di voi può dirmi per quale motivo è accaduto questo e a quali conseguenze sono andati incontro i responsabili della proroga di ottocento contratti senza gara d'appalto?

Mi chiedo se, anche in questo caso, dobbiamo andare in Via Aldo Moro a Brindisi per consegnare qualche faldone a chi, probabilmente utilizzando altri strumenti, può convincervi che è assolutamente necessario creare le condizioni per fare maggiore chiarezza sulla questione della sanità in Puglia.

Sempre citando dalla rassegna stampa, a proposito della razionalizzazione delle risorse, si legge che, nell'ospedale "Melli" di San Pietro Vernotico, viene dato lo stipendio al primario, ma non c'è il reparto.

Insomma, le questioni sono molte e gravi, oltre a quelle relative al pagamento dei debiti nei confronti dei fornitori. Si parla tanto di assumere misure eccezionali nei confronti dell'economia italiana in generale, meridionale in particolare e pugliese ancora più in particolare. Invece, sarebbe sufficiente che, con un utilizzo oculato delle risorse, si pagassero i fornitori dei debiti arretrati, per somme che superano i 2 miliardi di lire.

Venendo alle conclusioni politiche di questo mio intervento, ho nutrito e nutro il massimo rispetto per gli assessori che si sono avvicendati in questo delicatissimo comparto, l'assessore Fiore prima e l'assessore Attolini dopo. Non è colpa loro se sono stati e sono tutt'ora ingabbiati in un ruolo fortissimamente condizionato dalla politica del Presidente della Regione.

Questa non è stata mai la sanità di Fiore o di Attolini; questa è solo ed esclusivamente la sanità di Nichi Vendola, al quale – lo dico in maniera molto franca, unendomi alle dichiarazioni che hanno già reso i colleghi Surico e Negro – chiedo di assumersi in prima persona

la responsabilità di quello che accade nella sanità in Puglia; altrimenti, lo dovremmo richiamare al principio della responsabilità oggettiva, che fino a oggi non abbiamo voluto citare solamente per questioni di stile. Questo, però, non vuol dire essere persone poco sagge o poco capaci. Credo che ormai la misura sia colma. Se ne renda conto il Presidente Vendola, se avrà l'occasione, l'opportunità e la disponibilità di ascoltare o leggere questo mio intervento. Grazie.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il collega Gianfreda, al quale raccomando di rispettare i tempi. Ne ha facoltà.

GIANFREDA. Presidente, non è un caso che quando intervengo io, che, peraltro, mi mantengo sempre nei limiti temporali stabiliti, lei richiami questa norma di buon gusto. Ormai è un vezzo. Comunque, cercherò di recuperare i 35 secondi che mi ha fatto perdere.

Ho ascoltato attentamente la relazione dell'assessore Attolini e non sono rimasto meravigliato quando ha riconosciuto l'egemonia del Ministero dell'economia e delle finanze in merito al Piano di rientro sanitario. Da Monti a Tremonti, non è cambiato granché. Le Regioni che dovevano essere sottoposte al Piano di rientro erano quelle che sforavano del 3 per cento lo stanziamento statale. La Regione Puglia, per altri versi, ha dovuto soccombere a questa necessità.

Credo che con le ultime manovre del Governo, tutte le Regioni italiane siano costrette a un Piano di rivisitazione organica dell'organizzazione della sanità, in una sorta di generalizzata sovranità limitata. Pertanto, chi pensa che al 31 dicembre potremmo uscire da questo Piano di rientro, recuperando la sovranità nel campo della sanità, si illude. Infatti, con il miliardo del 2012 e con i due miliardi del 2013, probabilmente saremo costretti, come Regione Puglia, insieme a tutte le altre Regioni, ad accettare una sovranità limitata almeno fino al 31 dicembre dell'anno venturo.

Il Piano di rientro richiedeva il potenziamento degli interventi di prevenzione, un forte rilancio dei servizi territoriali per la gestione delle malattie croniche e delle non autosufficienze e, infine, una razionalizzazione dell'offerta ospedaliera, laddove razionalizzazione sta per chiusura dei piccoli ospedali.

Un'altra dichiarazione dell'assessore Attolini è che non sempre c'è stata la contestualità. Ebbene, credo che, forse, solo per l'ospedale di Massafra possa invocarsi la contestualità. Non penso che per altre realtà, assessore, possa essere definito un rapporto tra la chiusura e il potenziamento dei servizi territoriali.

A questo proposito, vi leggo una dichiarazione del Presidente Errani che, già nel 2007, scriveva: «Le misure di riorganizzazione e di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, inclusa la riduzione dei posti letto e la chiusura dei piccoli ospedali, devono necessariamente accompagnarsi ad estesi, complessi e costosi interventi di rafforzamento dei servizi territoriali di natura residenziale, ambulatoriale e domiciliare, inclusi quelli convenzionalmente attribuiti al settore sociosanitario.

Questi programmi devono spesso anticipare o al massimo essere contestuali agli interventi di riordino ospedaliero. Sono molto complessi sul piano politico e istituzionale, in quanto richiedono lo sviluppo di nuove relazioni fra la Regione e i Comuni. Sono spesso impegnativi anche sul piano finanziario. Il rischio di una programmazione miope e concentrata sul breve periodo è di provocare un vuoto assistenziale che ricadrebbe sui segmenti più vulnerabili della popolazione e inciderebbe negativamente sulla qualità delle prestazioni, sulla continuità della cura e sulle condizioni di lavoro degli operatori».

Ecco, credo che questa dichiarazione del Governatore Errani sia stata profetica o quasi del tutto veritiera in quanto descrive la situazione che viviamo sui nostri territori. Se andassimo ad analizzare la condizione del cittadino utente e contribuente, quella dell'operatore sanitario, dell'imprenditore o del lavoratore

della sanità, troveremmo una situazione di grave difficoltà crescente, che continuerà fino a quando non avremo garantito i presupposti da cui nasce la necessità del Piano di rientro.

Assessore, ammiro la sua capacità di ascolto e ho sempre apprezzato la sua competenza. Le chiedo, però, di rispondere alle interrogazioni. Le ho rivolto un'interrogazione, una lettera aperta, in merito a quando convocheremo il tavolo istituzionale, proprio per il rispetto dei rapporti tra Regione e Comuni, per formalizzare l'intesa per la chiusura e la contestuale apertura e riconversione degli ospedali dei nostri territori.

Assessore, ho letto anche la delibera n. 1725 dello scorso 7 agosto, con cui si programma, per il sud Salento, l'apertura di un nuovo ospedale di 387 posti, con un'area di riferimento che comprende Maglie, Scorrano, Galatina, Casarano, Poggiardo e Otranto. Ora, tolto Otranto, Maglie, Scorrano, Galatina, Casarano e Poggiardo sono attualmente sede di ospedali. Ci siamo posti il problema di cosa sarà di quel territorio se dovesse essere realizzato il nuovo ospedale e dovessero sparire cinque piccoli ospedali, tra cui l'ospedale di Scorrano, punto di riferimento di quel territorio? Quando realizzeremo il nuovo ospedale, vi saranno cinque ospedali che spariscono.

Fino ad allora, che cosa ne sarà dei presupposti di potenziamento degli interventi di prevenzione dei servizi territoriali per la gestione delle malattie croniche e della non autosufficienza? Ci dedicheremo ancora ad acquistare questi servizi dai privati, come è stato fatto spendendo 3 milioni nel 2011 e rinnovando, solo qualche giorno fa, le convenzioni alle strutture private? O c'è la possibilità di farlo attraverso la mancata spesa – anche questa non certamente per colpa dell'assessore – di 200 milioni *ex* articolo 20? Anche su questo, dobbiamo rifarci a quanto prevedemmo, in base all'osservazione della Corte costituzionale, per la trasformazione dei piccoli ospedali in sedi di residenza sanitaria distrettuale? È possibile che ciò avvenga?

Personalmente, credo che potremmo evitare di rivolgerci al privato, non solo per una riduzione delle spese, ma soprattutto perché la struttura è già pronta. Anche lei paventava che nei desideri del Ministero c'è la privatizzazione della sanità.

Mi auguro che privatizzare sempre più non sia anche la nostra visione. D'altra parte, riguardo all'assistenza alla cronicità, è stato più volte evidenziato che il malato cronico non è solo quello sulla carrozzella, ma la cronicità attiene anche a una diversa definizione della qualità della vita.

Allora perché non prevedere, nelle varie Province, una rete territoriale che provveda non solo, attraverso i poliambulatori, alla necessità di deospedalizzare il cittadino, ma anche a dotare i nostri territori di queste residenze?

Per concludere, una decina di giorni fa, nella ASL di Lecce è arrivata una nota da parte della Direzione generale che dice di prevedere una rete distrettuale che dagli attuali 10 scenda a 5, quindi, con la dotazione di un distretto per ogni 200.000 abitanti.

Non è strano che analogo invito – non so se l'assessorato sia a conoscenza di questa lettera, che peraltro si è quasi volatilizzata – sia avvenuto alla ASL di Brindisi, che prevede la sopravvivenza di soli 2 distretti, uno ogni 200.000 abitanti.

Ora, l'AgeNaS ha fatto un approfondito studio sulla popolazione media più efficace per distretto, che ha ritenuto essere di 100.000 abitanti. Sempre l'AgeNaS ha previsto una statistica di tutti i distretti delle Regioni, individuando una popolazione media di 84.452 abitanti per distretto.

La Puglia ha una dotazione di 83.259, quindi, secondo la distribuzione di cittadini per distretto, saremmo a posto, cioè in perfetta media. Del resto, anche se dovessimo andare a 100.000 mila abitanti per distretto, cioè rispettare quelle che l'Age.Na.S. ritiene essere le dimensioni ottimali, in provincia di Lecce i distretti dovrebbero essere almeno otto, men-

tre in provincia di Brindisi sicuramente rimarrebbero i quattro che ci sono.

Voglio dire, quindi, che non possiamo procedere a tentoni o lasciare fare alla dirigenza, che nella maggior parte dei casi potrebbe risultare inadeguata. Credo che come il Ministero vigila sull'operato della nostra Regione, così noi, come Regione, dovremmo vigilare sull'operato dei Direttori generali. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, consigliere Gianfreda. Le notifico, però, che ha parlato per più di 13 minuti, recuperando anche i secondi iniziali.

Voglio dire all'intero Consiglio che sino a questo momento ci sono stati 16 interventi. Sono iscritti a parlare i colleghi Buccoliero, Camporeale, Pellegrino, Ognissanti, Lanzilotta, Laddomada, Mennea, Chiarelli, Blasi, Alfarano e Maniglio. Se mi consentite, chiuderei le iscrizioni. Comunque, sarò costretto a richiamare i colleghi dopo aver superato il quinto minuto. Altrimenti, con la replica dell'assessore e l'intervento del Presidente Vendola, non potremo chiudere i lavori entro le ore 17 e sicuramente finiremo alle ore 20. Chiederò, quindi, ai colleghi non Capigruppo di chiudere l'intervento al quinto minuto.

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

BUCCOLIERO. Grazie, Presidente. Le regole cambiano in corso d'opera, quindi ci adeguiamo.

PRESIDENTE. Lei è Capogruppo, quindi può parlare per un quarto d'ora. Non sono cambiate le regole.

BUCCOLIERO. Tenteremo di dire le cose essenziali in brevissimo tempo. D'altra parte, a volte, la sinteticità può essere anche più adatta ad affrontare le questioni in discussione.

È chiaro che quello della sanità è un tema centrale nell'ambito del dibattito regionale. Moltissimi Consigli regionali sono stati incen-

trati su questo tema, come tutti ricordiamo, e non potrebbe essere diversamente per evidenti motivi.

D'altronde, anche il numero degli intervenuti di oggi sta a testimoniare quanto questo tema stia a cuore ai consiglieri regionali, che toccano anche problemi di carattere localistico, oltre che generale, dal momento che ognuno riferisce al proprio territorio le problematiche che si sono affrontate nell'ambito della sanità.

Comunque, la sanità è un tema centrale anche perché la salute, oltre che rappresentare un diritto ineludibile del cittadino sul piano formale, è anche un'esigenza reale e sostanziale perché incide sulle dinamiche del benessere delle nostre famiglie.

La questione sanità è essenziale anche perché incide significativamente sul bilancio regionale, se è vero come è vero – come abbiamo sempre detto – che ben l'85 per cento del bilancio regionale viene utilizzato per sostenere questo sistema, che a volte è definito “ampollosa” ed “elefantiaco”, ma che è spesso paradossalmente incapace, nonostante queste dimensioni di bilancio, di rispondere alla domanda di salute che viene dalle comunità pugliesi.

Inoltre, il tema è importante perché, per effetto delle dimensioni del *budget*, quindi di questo immenso contenitore finanziario, è possibile che possa verificarsi un annidarsi di speculazioni, per non parlare di pratiche diffuse di attività delittuose – peraltro, richiamate in tutti questi anni anche dalla stampa – che, oltre a depauperare le risorse impiegate, incidono negativamente anche sull'efficienza e sull'efficacia del sistema sanitario.

Del resto, non si può nemmeno non concordare con le parole richiamate ieri dal Presidente della Repubblica, che ribadiva la necessità di coniugare il rigore dei conti pubblici con l'esigenza di assicurare una risposta di salute alla domanda che arriva dai territori. In una parola, dovremmo fare in modo che per ogni euro che viene impiegato in sanità non si

perda nemmeno un centesimo, in termini di resa e di efficienza del sistema.

Molte cose sono già state dette dai colleghi e non le richiamo proprio per brevità e per evitare, quindi, ripetizioni. Tuttavia, all'assessore Attolini, che ha presentato una relazione formalmente chiara e precisa – come, peraltro, ci si attendeva –, mi preme evidenziare alcuni aspetti che vengono dall'esperienza diretta di consigliere che gira il territorio e che, nello stesso tempo, si confronta con gli utenti di questo sistema.

Com'è stato già detto, vi è la necessità di rafforzare l'offerta di assistenza sanitaria territoriale per venire incontro al problema della razionalizzazione che ha portato alla riduzione dei plessi ospedalieri, che sono stati chiusi o depotenziati. L'offerta territoriale deve compensare questo problema determinato dalla necessità di razionalizzare i costi e di ridurre le spese.

Richiamerei un aspetto che non è stato toccato, anche per dare un contributo personale. Secondo me, nell'ambito della sanità, andrebbe aperta una parentesi sul ruolo fondamentale dei medici di base nell'ambito di questa prospettiva di rilancio del sistema. Infatti, i medici di base vanno raccordati in maniera più concreta. Spesso ci si lamenta della loro assenza o della loro minore produttività in termini di resa, ai fini della riduzione dell'ospedalizzazione in relazione a talune patologie, ma anche come elemento fondamentale di informazione.

Un *vulnus* oggi esistente è legato alla cosiddetta “concezione di sicurezza sanitaria percepita o reale”. C'è una forbice molto aperta fra questi due concetti, ovvero l'idea che dopo questi interventi normativi di razionalizzazione non vi sia più un'offerta sanitaria adeguata ai problemi. Ebbene, il ruolo dei medici di base potrebbe essere fondamentale perché loro interloquiscono direttamente con i pazienti e possono sostenere la validità dell'offerta sanitaria sul territorio, colmando questo deficit.

Un altro tema importante è quello della capacità di penetrazione da parte delle dirigenze delle ASL sugli amministratori, sulle organizzazioni ospedaliere o sui distretti. A volte, ho la sensazione che ci si sforzi di legiferare e di creare delibere fondamentali, ma poi c'è la difficoltà di tradurre in termini concreti quello che viene deciso perché le dirigenze delle ASL sono incapaci di penetrare all'interno dei gangli delle strutture, dove a volte i reparti diventano delle repubbliche a sé stanti e i primari gestori assoluti di realtà, che spesso riescono anche a chiudere i battenti e a diventare impermeabili rispetto ai suggerimenti e persino alle disposizioni impartite. Dico questo come contributo che vorrei dare per superare questa difficoltà.

Un altro argomento importante è quello del personale. Si è parlato, infatti, del dimensionamento. Spesso si dice che il numero degli infermieri è ridotto rispetto alle esigenze, ma mi viene anche suggerito che alcuni infermieri – non so quanti, né se esista un dato – sono impiegati fuori ruolo, probabilmente da tanti anni, per cui oggi non potrebbero essere più recuperati nella mansione per la quale sono stati assunti all'interno delle ASL.

Quella del personale è, dunque, una questione centrale. Ciò collima con quanto ha detto il collega Giuseppe Romano. Dobbiamo incoraggiare il personale e gli operatori sanitari affinché possano supplire alle carenze del sistema, visto che il sistema deve essere in qualche modo raccordato dai nostri interventi normativi e amministrativi. Sicuramente, la partecipazione corale degli operatori sanitari può, in qualche modo, supplire a queste lacune.

Anche il problema della mobilità, che è stato toccato da alcuni colleghi, in particolare quello della mobilità passiva, può essere risolto investendo fortemente sulla cosiddetta "medicina di eccellenza". Questo è un tema che viene affrontato spesso. Tuttavia, se vogliamo incidere in maniera significativa, razionalizzando i costi e le spese, occorre inter-

venire attraverso il percorso dei medici di base, di cui dicevo, con una maggiore comunicazione e informazione. In questo modo, potremmo creare le condizioni affinché l'utente possa sapere dove sono i centri di eccellenza e non pensare necessariamente che per avere una risposta alla domanda di salute si debba andare per forza a Milano o in altre regioni del nord Italia.

Anche per quanto concerne le liste d'attesa, ho la presunzione di ritenere che a volte siano amplificate in maniera quasi artificiosa. Farei un approfondimento di questa problematica perché anche con le liste d'attesa si possono creare formule di clientelismo, con ritorni personali.

Questo è il contributo individuale del Gruppo dei Moderati e Popolari affinché lei possa fare tesoro di quanto abbiamo riscontrato sul territorio. Grazie.

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

CAMPOREALE. Signor Presidente, comincio dicendo che non ho le preoccupazioni del collega Curto. Una relazione conclusiva non avrebbe avuto senso. Questo dibattito avrebbe potuto avere senso solo rinunciando al gioco delle parti, nel quale per l'opposizione va tutto male (e forse si esagera), e per la maggioranza va tutto bene, sostenendo che la sanità è un fiore all'occhiello della Regione Puglia. Ecco, ho la sensazione che si esageri parecchio.

Non voglio essere spiritoso, ma direi a tutti i consiglieri – specie di quella parte – di toccare ferro. Ho la sensazione, infatti, che stiano tutti bene. Invece, qualsiasi cittadino pugliese abbia avuto problemi di sanità esprime un giudizio completamente diverso. Non dico che le cose vadano malissimo. Ci sono, però, alcuni punti critici, irrisolti da tempo, che continuano a essere tali. Da quella parte, invece, sembra che vada tutto bene. Il Piano di rientro non ha seguito una logica e va avanti

quasi per inerzia, ma per loro va tutto bene. Non abbiamo avuto necessità di tagliare i costi, è tutto automatico. Insomma, va tutto bene.

Personalmente, mi attengo non tanto alla relazione scritta, ma a quella svolta a braccio dall'assessore. Devo notare che buona parte dell'intervento verteva su punti classici di questo Governo, cioè soprattutto sul fatto che c'è un'influenza di condizioni esterne che ci obbliga a fare certe cose, il che è oggettivamente vero.

Tuttavia, se non ci fosse stata questa necessità indotta dall'esterno, mi chiedo se stareste ancora a raccontare le cose dette nel 2005, cioè di un ospedale sotto casa per tutti. Non voglio recriminare niente; mi dispiace tornare indietro nel tempo, ma questa è stata la storia di questo Governo. Non si doveva toccare nessun ospedale.

Il cambiamento di rotta è stato, quindi, sentito o indotto dall'esterno? Ora dite che c'è bisogno di chiudere ospedali piccoli che non hanno senso, cosa che, da parte nostra, abbiamo detto da sempre. È parecchio tempo, se non da sempre, che sosteniamo che c'è bisogno di meno ospedali, ma tecnologicamente più ricchi di dotazioni. Allora, questo cambiamento di rotta è forzato, cioè dettato da condizioni esterne, oppure è sentito? Questo va chiesto al Governatore Vendola in maniera chiara perché non può esimersi da un accenno autocritico sulla sua proposta degli anni scorsi. Va raccontato, non tanto a noi, quanto ai cittadini pugliesi, che negli anni scorsi sono stati fatti degli errori.

Si parla sempre delle condizioni esterne. Non ci rendiamo conto che torna più volte il riferimento al Governo Berlusconi e al Governo Monti. Allora, chiedo al Governatore – senza irriverenza; spero che non si fraintenda – di candidarsi non tanto alla guida del Governo della nazione Italia, ma a quello degli Stati Uniti d'Europa. Vogliamo renderci conto, infatti, che siamo ormai una nazione a sovranità limitata? Abbiamo messo in Costitu-

zione il pareggio di bilancio. Ora, vogliamo fare i conti con questo e non lagnarci ogni volta che l'Europa impone all'Italia, l'Italia impone alla Puglia e la Puglia è costretta a rispettare queste imposizioni? Se se non fosse costretta, però, faremmo ancora gli ospedali sotto casa? C'è, quindi, la necessità di un chiarimento che il Governatore deve dare non tanto a noi, quanto ai cittadini pugliesi.

Mi dispiace, assessore, dire che la relazione è elusiva. Al di là della buona parte spesa su questi riferimenti esterni e dei dettagli tecnici, il fatto politico è sintetizzato in due frasi.

Innanzitutto, si dice che abbiamo chiuso quello che c'era da chiudere, quindi abbiamo 22 ospedali in meno. È stato un lavoro pesante e sporco, ma comincia a dare frutti. Non so precisamente quali, ma vedremo. Ecco, bisognava anche spiegare quali sono i frutti che comincia a dare, anche se non li ha dati ancora del tutto. Siamo pazientemente in attesa. È giusto, peraltro, rispettare i tempi.

L'altra frase che sintetizza il fatto politico è quella che afferma che le opere di riconversione che andavano fatte insieme non sono quasi nemmeno cominciate. Precisamente, ha detto che da qualche parte sono iniziate con molta difficoltà, ma in generale non sono state fatte. Del resto, non si vede ancora niente. Tutti accennano al mancato spostamento dagli ospedali al territorio, che si afferma da 8-10 anni e che ancora non si vede.

Il mio timore è che, al di là delle belle parole, che siamo tutti bravi a spendere, alla fine resti un lavoro – uso un termine caro alla maggioranza ai tempi di Tremonti, ma utilizzato anche oggi con Monti – di “bassa macelleria”.

Tralasciando tutte queste cose che vogliamo riorganizzare, non vedo un Piano di riordino, ma soltanto un Piano di rientro. Assessore, ho chiesto dei dati oggettivi, che dal suo assessorato da due mesi non mi vengono forniti, circa gli indici di qualità dei vari presidi e quant'altro, che potrebbero farci capire perché si taglia da una parte e non si taglia dall'altra.

In Commissione, sono rimasto sconcertato dal fatto che gli indici portano alla soppressione del reparto di chirurgia, ma poi, il giorno dopo, si dice che il reparto di chirurgia è salvo.

PRESIDENTE. Evidentemente era bravo il chirurgo e l'ha salvato.

CAMPOREALE. Ci sono quattro reparti di chirurgia nel raggio di 25 chilometri. Sembro insofferente perché ripeto sempre le stesse cose, ma continuo a non avere risposta. Poi, abbiamo un reparto unico nell'intero presidio nord barese, che viene di fatto soppresso. Insomma, non abbiamo risposte, né dati che possano farci capire le ragioni di certi tagli. Per cui, rimane il sospetto che la sanità – lo dico in maniera dura – sia ancora un serbatoio di consenso, come era ai tempi in cui ero all'opposizione. Mi aspettavo che ci fosse un cambio di rotta, ma rimane un serbatoio di voti e di consensi perché i tagli sono fatti con questa logica e non con spirito di riordino.

Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, consigliere Camporeale.

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

PELLEGRINO. Signor Presidente, vorrei far notare al collega Camporeale che, per questioni di formazione politico-culturale, non appartengo né all'area di quelli che dicono che va tutto male, né all'area di quelli che sostengono che va tutto bene. Sono un riformista autentico. Sappiamo benissimo che la realtà è come il famoso legno storto di cui parlava qualche filosofo, che si cerca sempre di raddrizzare con molta fatica, ma senza mai raggiungere il risultato.

Credo che siamo tutti consapevoli del cambio di fase. Oggi viviamo – qualcuno ha detto a livello internazionale, ma soprattutto a livello europeo – una nuova fase. Non a caso, c'erano i profeti del *deficit spending* e oggi

parliamo di *spending review*, essendo passati attraverso i famosi tagli lineari tremontiani. Siamo sempre più pieni di termini anglosassoni, come *fiscal compact*, cioè l'inserimento in Costituzione del pareggio di bilancio. Questo è il contesto in cui oggi dobbiamo affrontare i nuovi problemi, in testa ai quali vorrei ricordare che c'è la questione salute.

D'altronde, sempre per far riferimento alle culture di cui siamo portatori, salute, scuola e casa erano gli assi attorno ai quali abbiamo sempre costruito i nostri programmi. Ora, essendo cambiata la fase, è evidente che qui emerge la capacità di una classe dirigente, *in primis* della classe politica. È inutile, infatti, stare a lamentarsi dei tecnici e della tecnocrazia, che sono una risposta transitoria a una politica debole. È chiaro che bisogna recuperare le autentiche logiche del cambiamento, come dice qualche autore che va per la maggiore in questo campo.

Dunque, caro assessore, occorre individuare i vari mondi – non i modi – possibili della programmazione sanitaria perché, quando cambia il contesto, deve venire fuori la capacità di ritrovare ciò che va recuperato, comprendendo che il passato va superato, ma senza eliminarne il cardine, cioè l'universalismo, pur sapendo che conciliare universalismo con risorse finanziarie sempre minori è un compito difficile.

Ciò detto, oggi abbiamo ascoltato che la relazione dell'assessore era impregnata di cinismo, come ha affermato qualcuno. Secondo qualche altro, era carente. Il Presidente Palese, poi, è stato *tranchant*. Al di là dei buoni consigli – perché i suoi interventi sono sempre pieni di buoni consigli – ha detto che in Puglia il sistema è fuori strada. Ecco, questo deve farci preoccupare. È vero che fa il mestiere di capo dell'opposizione, ma non credo che sia tanto sfacciato.

PRESIDENTE. A me piacciono i dialoghi, ma credo che non possiamo procedere così.

Collega Pellegrino, si rivolga all'Aula.

PELLEGRINO. Invece, il collega Marino è stato più garbato. Ha edulcorato i toni; infatti, l'ho sentito più graffiante in altre circostanze.

A ogni modo, questo non può che farci preoccupare. D'altronde, il pilastro del Piano della salute era il fatto di averlo costruito con una partecipazione infinita, che ha coinvolto tutti, per non dire l'intera Puglia, cosa che, però, ci ha costretto a perdere dei tempi, quindi ad arrivare tardi rispetto a certe scelte, per essere costretti a intervenire con un Piano di rientro oltre la zona Cesarini e fare in fretta ciò che avremmo dovuto fare con tempi più lunghi.

Suona, perciò, strano che qualcuno abbia detto che si sta dando seguito a quanto si era perorato, cioè tenere insieme contestualità e gradualità, a parte il fatto che questo è un ossimoro. Difatti, "gradualità" significa fare le cose una dopo l'altra, mentre "contestualità" significa farle insieme. Allora si era parlato di contemporaneità. Infatti, contestualità e contemporaneità si sposano bene. Oggi c'è stato, invece, un esercizio accademico, con interventi molto interessanti. Resta, però, il fatto che i problemi ci sono.

Assessore, vorrei portarle solo qualche esempio. Ho i *cahiers de doléances*, come dicono i francesi. Il primo riguarda le sollecitazioni venute più volte dal Comitato dei cittadini di Mola di Bari, al quale abbiamo dato seguito anche con incontri a livello locale e con audizioni in Commissione. Sta di fatto che si è dovuto attendere il morto perché la cosa assumesse rilevanza di grande attenzione e ottenesse, possibilmente, una risposta nel più breve tempo possibile. È evidente che questo richiama anche le profonde lacune che ci sono nel sistema emergenza-urgenza.

Inoltre, assessore, le vorrei rivolgere una domanda. Il Capogruppo dell'UDC le ha lanciato un *j'accuse* particolareggiato. C'è qualche quotidiano che fa campagna sulle proprie pagine, ponendo delle domande urticanti e laceranti ai soggetti malcapitati, ora all'uno, ora all'altro. Prima era Berlusconi, adesso credo

che sia Formigoni. Questo metodo viene seguito dall'UDC anche a livello di Assemblea regionale. Ritengo, quindi, che sia necessario ascoltare le risposte dell'assessore perché almeno personalmente ne sento il bisogno.

Un altro esempio è San Cesario. In quel caso, già da tempo erano coscienti che si andava alla riconversione. Siamo nel ventre del "Vito Fazzi", quindi figuriamoci se si poteva sperare nell'ospedale di San Cesario. Si parlava, però, di riabilitazione. Infatti, con i vari atti, si è passati da 90 a 100 posti. Ora, invece, c'è un clima da deserto; c'è sconforto, con il morale sotto i piedi. È grave che enormi risorse siano state trasferite dalle casse dell'azienda ASL di Lecce ai privati. Come avviene in fisica, i vuoti vengono colmati e, in questo caso, sono stati colmati da privati. Ecco, vorrei capire perché è accaduto ciò.

Potremmo aggiungere tanto altro ancora, ma non lo facciamo, altrimenti rischieremo di essere ripetitivi, e non lo siamo. Tuttavia, vorremmo delle risposte. Difatti, al di là del fatto che tutto va bene o male, gli interventi segnalano carenze, ritardi e difficoltà.

Forse potrei perorare una causa. Come diceva il titolo di un articolo di giornale, "I medici aiutino la sanità". Ecco, non tutti lo fanno. C'è un vecchio modo di pensare. Qui sta, appunto, la responsabilità della classe politica. Personalmente, metto in testa la politica e poi i tecnici, contrariamente a quanto si è voluto far pensare negli ultimi tempi. Si dice che i politici debbano fare dei passi indietro perché i risultati non sono stati quelli che ci aspettavamo. Servono, invece, delle risposte pragmatiche, evitando i voli pindarici.

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

OGNISSANTI. Signor Presidente, cercherò di essere breve, anche perché intendo eliminare una parte del mio intervento, visto che alcune cose sono state dette da più parti e non vorrei ripeterle. Mi voglio, però, soffermare

su qualcosa che credo non si possa sottacere. I punti cardine della relazione dell'assessore Attolini sono rappresentati dalla riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri, con la conseguente riduzione dei costi, e dall'aumento delle ore di specialistica ambulatoriale, con conseguente filtro a livello territoriale.

Ora, la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri risale sicuramente agli anni 2000, quando i servizi di pronto soccorso hanno modificato la *mission*, facendo non più attività di smistamento delle proposte di ricovero degli aventi bisogno, ma filtro o trattenimento in osservazione breve, con esami in urgenza (laboratorio di emocromo e quant'altro, ECG e RX torace).

Questa attività è stata conseguenza dell'innovazione che ha visto impegnati i primari del pronto soccorso, i quali hanno dovuto superare le giuste resistenze ai cambiamenti del personale a loro affidato, sostenendo una gestione più impegnativa dei medici e degli infermieri di pronto soccorso, si sono fatti carico dei POC e della telecardiologia, con ECG eseguiti da personale di pronto soccorso e poi inviati ai cardiologi per la consulenza. Tutto questo ha ridotto drasticamente i ricoveri inappropriati, con la riduzione dei costi, ma con il personale sanitario sempre carente.

In provincia di Foggia, per esempio, la sanità territoriale è paurosamente assente. La gente si accalca nei pronto soccorsi perché i medici di base propongono ricoveri, non avendo la possibilità di alcuna diagnostica in urgenza, né a livello di ambulatorio, né nelle strutture territoriali dei distretti sociosanitari, né, dopo una certa ora, da parte dei privati convenzionati. Gli specialisti ambulatoriali hanno lunghe liste di attesa e non accettano richieste in urgenza. Vi sono, poi, lunghe attese anche negli ambulatori di medicina generale specialistica ambulatoriale. Sono partiti i gruppi e i supergruppi di medici uniti per garantire più ore di ambulatorio agli assistiti, pagati dall'ASL, ma pochi assistiti lo sanno.

Visto tutto ciò, la popolazione si rivolge

all'unica struttura aperta e disponibile 24 ore su 24, ovvero il pronto soccorso. L'organizzazione e gestione di queste strutture con poco personale ha visto impegnati i primari, sempre presenti per realizzare gli obiettivi della nuova *mission* su indicata.

Per queste motivazioni, faccio mia la rappresentazione del dissenso di tutti i primari di pronto soccorso della provincia di Foggia, rispetto alle ripetute variazioni della pianta organica, con riferimento alle strutture complesse, sfocianti nella soppressione di tre strutture complesse su quattro.

Tale soppressione è in netto contrasto con le determinazioni dei gruppi di lavoro a cui ha partecipato il Direttore di Dipartimento emergenza-urgenza e anche con le manifestate progettualità rappresentate in più occasioni a tutto il Dipartimento, ove dalla direzione strategica provenivano ripetutamente garanzie in merito all'attivazione in tempi brevi del *triage* e della breve osservazione. Infatti, in una sua venuta a Foggia, l'assessore ha chiesto l'accelerazione di queste attività al Direttore generale, che si era reso disponibile ad attuare quanto richiesto.

Per quanto riguarda le ripetute rivisitazioni delle piante organiche, devo dire che nel giro di una settimana la loro approvazione ha subito tre variazioni. Sono state messe insieme tre delibere in una settimana, cosa che ci deve far riflettere.

Comunque, sulle piante organiche non si può non esprimere molte perplessità perché si è passati da una prima formulazione in cui il sistema dell'emergenza-urgenza aveva la giusta valutazione a successive rimodulazioni in cui esso si vedeva fortemente penalizzato, anche se ogni giorno diventa sempre più il punto di riferimento dei bisogni di salute e non da parte di tutto il territorio, che, a fronte dei programmi previsti e pubblicizzati, non vede ancora alcuna soluzione concreta. Prova ne è lo spaventoso numero di prestazioni che i nostri pronto soccorso hanno dovuto affrontare in questi ultimi anni, peraltro, senza alcun a-

deguamento delle necessarie dotazioni organiche.

Tale grave disagio è stato sempre superato grazie all'abnegazione al lavoro dei responsabili delle strutture di pronto soccorso. Di conseguenza, si comprende che la decapitazione di queste strutture complesse può comportare gravi rischi di assistenza per tutta la popolazione, a causa della disorganizzazione completa con il sistema 118, della deresponsabilizzazione e della demotivazione degli operatori dell'emergenza, venendo meno la figura di raccordo con le varie unità operative di presidio ospedaliero e con le direzioni.

Vi sono, inoltre, gravi conseguenze di contenzi - se non lo è ancora, questa diventerà la voce più importante del bilancio della sanità - destruenti per l'azienda, con pesanti ripercussioni economiche che saranno pagate dai cittadini. A questo punto, è necessario interrogarsi sull'importanza del sistema dell'emergenza-urgenza, anche in rapporto a tutte le altre componenti ospedaliere territoriali in ambito sociale e sanitario.

Quale altra struttura è presente e attiva 24 ore su 24 dal 1 gennaio al 31 dicembre? Quale altra struttura eroga lo stesso numero di prestazioni, a volte non rientranti nelle proprie competenze, ma sostitutive delle gravi carenze assistenziali del territorio?

Quanto ho detto trova conferma negli aspetti normativi che sanciscono che il primario deve gestire ed organizzare il personale in servizio e validare il suo operato con protocolli previsti dalla legge e dalle disposizioni regionali relativamente a un enorme numero di richieste del cittadino, come disposto nella prevenzione e nella gestione del rischio clinico, su cui, non a caso, la nostra azienda ha incentrato interamente i recenti incontri formativi obbligatori per primari, nei quali è messo l'obbligo delle strutture di emergenza-urgenza e della figura del Direttore di struttura, unico responsabile con potere decisionale e operativo.

Non è quindi pensabile che più strutture di

emergenza-urgenza possano essere gestite contemporaneamente, ma in modo discontinuo da un unico responsabile, soprattutto in considerazione del numero di prestazioni, pari a circa 120.000 in totale in tutta la Capitanata.

L'organizzazione e la gestione della struttura di pronto soccorso rappresentano il vero e reale contatto tra popolazione e Istituzioni, garantendo a queste ultime l'assolvimento delle finalità e dei compiti a cui sono preposte.

Per tutti questi motivi, risulta impensabile la soppressione della figura apicale nei 4 pronto soccorso della nostra azienda. Peraltro, ringrazio della collaborazione il consigliere Pastore, il quale mi ha sollecitato l'attenzione su quanto accaduto al pronto soccorso di Mola di Bari.

Pertanto, condivido una revisione della delibera n. 1388 in base a quanto già detto e sottolineato. Anche se siamo in Piano di rientro, quindi in questo momento non lo possiamo fare, possiamo aspettare la fine del Piano stesso, che dovrebbe essere imminente, per cercare di attuare gli accordi siglati in Conferenza Stato-Regioni che permetterebbero di avere una situazione migliore, evitando che in certi reparti clinici ambulatoriali sia presente l'unità complessa, mentre là dove c'è bisogno della presenza di un primario, ce ne dimentichiamo, abdicando a certe altre storie.

Da ultimo, vorrei dire che ho ricevuto una richiesta dal primario di emergenza del Centro di medicina sociale degli Ospedali Riuniti. Quindi, sollecito lei e l'assessore a guardare questa vicenda con occhio benevolo perché è assurdo chiudere, dopo 36 anni, un centro che è anche luogo di forte attenzione di ammalati provenienti da altre province. Si tratta, infatti, di un centro di eccellenza che non merita di fare la fine che sta facendo.

PRESIDENTE. Ho ancora iscritti a parlare i consiglieri Lanzilotta, Laddomada, Mennea, Chiarelli, Alfarano e Maniglio. Mi permetto,

quindi, di chiedere ai colleghi se, dopo questa lunga articolazione di interventi, non intendano rinunciare al proprio.

Il collega Maniglio ha rinunciato. Ai colleghi che restano chiedo uno sforzo di sintesi. Per cortesia, contenete nei cinque minuti il vostro intervento.

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

LANZILOTTA. Signor Presidente, ha innovato la regola di questo Consiglio: chi prima si alza, prima si calza. Faremo così per le prossime sedute.

Il Consiglio regionale di oggi è strano. Cosa ne resterà, infatti? Della cronaca di questa seduta resterà traccia nei verbali e tra qualche anno la ricerca storica di qualche appassionato di sanità la potrà ritrovare. Non ci saranno, però, scelte chiare, precise e definitive.

Mi sono chiesto, allora, come si sarebbe svolto questo Consiglio regionale se nei banchi del Governo ci fosse stato il centrodestra. Certamente, sarebbe stato un Consiglio completamente diverso. Se da entrambe le parti è nata con chiarezza un'analisi, che non è delle più felici, sulla sanità in questa regione, probabilmente vi è un problema.

Qualche giorno fa, parlando con un amico che fa lo psichiatra, ho scoperto che quando una persona è affetta da sindromi depressive la premessa per poterla curare è che sia consapevole di essere malata. La sanità pugliese, per poter essere riabilitata e riportata ai livelli di efficienza che i cittadini attendono, deve prendere atto di essere malata, ma non soltanto sul piano della guida della Regione, cioè del suo assessore. Sono gli infermieri, gli assistenti e i medici che fanno la sanità, quindi devono essere loro i primi a essere consapevoli che la sanità è malata.

Inoltre, quando la sanità è malata, non è possibile tollerare di avere uffici di ASL e aree amministrative di ospedali piene di infermieri che percepiscono uno stipendio come tali, ma svolgono l'attività di impiegati.

Queste sono le premesse per poter affrontare con chiarezza il problema. Ci auguriamo che quanto prima si torni in questo Consiglio regionale per disegnare, su un foglio bianco, un modello sanitario che non tenga conto di nulla, neanche degli eventuali impegni – per non dire “cambiali” – sottoscritti da chiunque lo abbia fatto in campagna elettorale, venendo qui a difendere soltanto il proprio orticello.

In un momento in cui si stanno ridisegnando le architetture istituzionali di questa Regione, attraverso la rimodulazione delle Province, la nascita dell'area metropolitana e così via, non può più valere il modello provinciale. Dobbiamo disegnare un sistema sanitario che restituisca un servizio efficiente al cittadino. Non me ne vogliano gli operatori sanitari. Sono prima dalla parte del cittadino e poi da quella degli operatori sanitari, ai quali, se occorre, deve essere chiesto un sacrificio.

Purtroppo, questo dibattito non è cominciato nel modo in cui doveva. Abbiamo, infatti, rovesciato la piramide. L'intervento che doveva essere la base per arrivare a una prospettiva più ampia, quindi alla cima della piramide, doveva essere del Presidente Vendola, di cui ho molta stima. Infatti, su quell'intervento avremmo dovuto costruire il dibattito in Consiglio regionale. Invece, forse, alcune cose dette in questa sede non avranno più senso dopo che avremo ascoltato il Presidente Vendola.

Allora, cerchiamo di dare un senso alla nostra funzione. Questo, forse, restituirà anche l'onere a tutti gli operatori della sanità – dai primari e dai Direttori generali sino all'ultimo addetto alla struttura del magazzino di un ospedale – ad assumersi la responsabilità di dover fare un sacrificio affinché il cittadino possa sentirsi sicuro quando entra nelle strutture. Questo dovrebbe essere il primo pensiero della politica.

Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei, collega Lanzilotta.

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

LADDOMADA. Signor Presidente del Consiglio, assessori, signori consiglieri, non ho voluto rinunciare all'intervento perché sento il dovere di porre all'attenzione dell'assessore e dell'intera Giunta regionale, ma anche del Consiglio, alcune problematiche reali nell'ambito della sanità.

In Commissione sanità, abbiamo dato il parere favorevole – obbligatorio, sebbene non vincolante – sul Piano di rientro. Allora, il primo quesito che pongo all'assessore è questo. Quando si tratta di programmare gli interventi straordinari in tema di nuova edilizia sanitaria, qual è il metodo prescelto affinché questi cinque nuovi ospedali siano fatti in una determinata parte del territorio e non in un'altra?

Chiedo questo perché è difficile capire. Da alcuni stralci del lavoro della *task force*, nel percorso, vengono nominate determinate città oggetto di intervento. A un certo punto, però, il percorso si interrompe, per cui noi consiglieri regionali non riusciamo a capire l'iter procedimentale logico che la Giunta ha seguito per individuare i nuovi punti ospedalieri.

Il secondo grande tema riguarda il trasporto oncologico. Secondo me, occorre evitare le soluzioni a macchia di leopardo, che credo comportino anche un danno politico e di immagine al Governo regionale. Per quanto riguarda il trasporto oncologico, per esempio, l'ASL di Lecce ha adottato una certa soluzione; quella di Taranto, nessuna; magari, però, qualche altra ASL ha deciso per altre soluzioni.

Allora, signor assessore, perché in questi casi non si coordinano questi Direttori generali? Il tema è stato toccato anche da qualche altro mio collega. I Direttori generali vanno coordinati, affinché si abbiano sull'intero territorio regionale delle soluzioni, per quanto possibile, uniformi. Altrimenti, si crea la percezione di una profonda ingiustizia tra chi

viene trattato in un certo modo e chi viene trattato in un altro. Insomma, parliamo di sostanza.

Dico questo anche perché ci sono alcuni operatori del trasporto oncologico che stanno lavorando e altri che non fanno niente e sono stati licenziati, punto e basta. Questo è un aspetto molto importante. Non parliamo di persone che trasportavano le bevande negli ospedali, ma di persone che erano di ausilio non solo logistico, ma anche affettivo e morale nei confronti dei malati oncologici che, purtroppo, non mancano in tutto il territorio della Puglia.

A questo proposito, devo toccare un altro tema importante, che deve ricevere la dovuta attenzione. Mi riferisco, infatti, alle cosiddette aree SIN (sito di interesse nazionale). Torniamo su questo argomento molto importante. Quando diciamo che per legge comunitaria, nazionale e regionale queste aree meritano una certa attenzione, a queste affermazioni di principio e normative devono seguire gli atti concreti che sanciscano la differenza tra un territorio non svantaggiato e uno svantaggiato. Altrimenti, riesce difficile dare a queste popolazioni contezza della linea politica del Governo regionale.

Un'altra questione riguarda gli ex stabilizzati. Anche su questo, abbiamo ASL che hanno conciliato e ASL che non vogliono conciliare. Insomma, vi sono situazioni difformi. Alcune mancate soluzioni sono legate anche al fatto che ci sono Direttori generali che hanno timore di prendere determinate decisioni.

Tuttavia, una persona che deve amministrare non deve avere timore perché ci sono gli strumenti tecnico-giuridici per farsi una bella polizza assicurativa e adottare le soluzioni che servono. Anche in questo caso, occorre, quindi, un'uniformità comportamentale in tutto il territorio regionale.

Detto questo, devo aggiungere ancora una cosa. Le chiedo la cortesia – anche a nome di tanti lavoratori e operatori – di avere delle risposte concrete nei tempi che riterrà opportu-

ni. Vi è un altro aspetto importante. Nel momento in cui abbiamo dato l'assenso alla nomina dei Direttori generali, dall'allora assessore Fiore ci era stato detto che gli stessi, in tre o sei mesi, avrebbero dovuto relazionare al Consiglio. Ecco, credo che sarebbe importante valutare queste persone, a un anno dall'insediamento, e sapere come si stanno muovendo e come e se sono riusciti a risparmiare rispetto ai dati di partenza. Altrimenti, si ha la netta percezione che apparteniamo alla categoria dei consiglieri che non entrano nella sanità. Se, però, dobbiamo far fare e strafare ai Direttori generali, senza nessuna contezza rispetto ai rappresentanti del popolo, questo diventa un dato che lascia molto a desiderare.

Detto questo, voglio concludere in maniera positiva perché credo che se oggi ci sia un ruolo spinoso nella Regione Puglia è quello dell'assessore alla salute. Voglio, quindi, menzionare l'attestazione di stima contenuta nella nota arrivata da Roma il 17 settembre, dove si ritiene apprezzabile lo sforzo di razionalizzazione della rete ospedaliera proposto e, in particolare, la volontà di ispirarla ai criteri di riorganizzazione.

Si rileva che c'è da migliorare e ridurre, purtroppo, le unità operative di ostetricia, ginecologia e di pediatria e quelle di cardiologia, chirurgia generale, geriatria, oncologia e pneumologia. In sintesi, abbiamo un documento ufficiale che attesta l'ottimo percorso che la Regione Puglia sta facendo, fra tante difficoltà, ma, d'altro canto, in qualche ambito serve fare ancora di più e meglio.

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

MENNEA. Signor Presidente, colleghi consiglieri, come ha ben evidenziato l'assessore Attolini, il Piano di rientro adottato dalla Regione Puglia avrebbe dovuto coniugare la riorganizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento dei servizi territoriali.

In effetti, la macroanalisi dei dati regionali, evidenziati nella sua relazione, certifica che dal 2002 al 2011 il tasso di ricoveri inappropriati è stato abbattuto del 50 per cento, e questa è la parte buona. Invece, la mobilità passiva dal 2006 al 2011 è stata abbattuta del 14 per cento. Nell'ultimo anno, inoltre, sono cresciute del 20 per cento le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Gli interventi della prima fase di riorganizzazione della rete ospedaliera, definiti con il Regolamento regionale n. 18 del 2010, hanno comportato la riduzione dei posti letto per acuti, la disattivazione di stabilimenti ospedalieri con un numero di posti letto inferiore a 70, la riconversione di alcuni degli stabilimenti ospedalieri disattivati e l'accorpamento di unità operative all'interno di stabilimenti ospedalieri non chiusi. Tutto questo ha comportato una riduzione di posti letto a livello regionale da 3,9 per ogni mille abitanti a 3,5.

Ora, come rappresentante del mio territorio, non posso non ricordare a questa Assemblea e all'assessore che il territorio della BAT assume un indice di posti letto per ogni mille abitanti molto distante dalla media regionale. Infatti, ha un valore di 2,2 per ogni mille abitanti, che è, appunto, molto lontano dalla media regionale che è pari a 3,5 per ogni mille abitanti. Ciò pone la ASL della BAT all'ultimo posto di questa particolare classifica.

Questo dato viene ancora più aggravato perché contrasta formalmente con quanto è evidenziabile in territori omogenei. Infatti, una ASL simile a quella della BAT, che è quella di Brindisi, ha un tasso di posti letto pari a 3,2 per ogni mille abitanti. Questo è un aspetto che voglio rimarcare, come ho sempre fatto nei precedenti interventi.

È da questo dato, infatti, che si è partiti per consentire a un territorio prossimo ai 400.000 abitanti di poter ospitare un totale di 769 posti letto, obiettivo raggiunto con la soppressione degli ospedali di Minervino e Spinazzola. Alla chiusura di questi presidi, però, non è seguita una reale riconversione in strutture in grado

di garantire, con la formula dell'assistenza territoriale, quei livelli minimi di assistenza di cui ha bisogno la popolazione. Su questo, peraltro, credo che l'assessore abbia fatto già una sorta di ammissione.

In tal senso, noi che viviamo sul territorio possiamo vedere le grosse difficoltà evidenziate nell'erogazione delle prestazioni, per esempio, radiologiche negli ospedali di Minervino e Spinazzola, dove, tra l'altro, si è riscontrata una forte difficoltà persino a censire a norma le apparecchiature presenti. Inoltre, la chiusura di questi presidi ospedalieri non ha determinato alcuna significativa disponibilità di personale. Al riguardo, vorrei una risposta dall'assessore. Mi riferisco, in particolare, al comparto dei tecnici e degli infermieri utilizzabili nelle strutture ospedaliere ancora esistenti, che si trovano in cronica sofferenza di organico.

La sintesi morale delle politiche del Piano di rientro dell'ASL BAT è stato un decremento dell'offerta sanitaria, un netto incremento delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali, un pauroso abbattimento del reale perseguimento dei LEA e una carenza di organico nei presidi ospedalieri maggiori, quello di Andria e quello di Barletta, assolutamente non sanata dalla ipotetica disponibilità di personale, resosi teoricamente disponibile dall'azione di chiusura degli ospedali di Minervino e Spinazzola.

In definitiva, la teoria dello spostare l'assistenza sanitaria dagli ospedali ai territori è assolutamente valida e condivisibile, ma resta teoria in un territorio da sempre abituato ad avere un punto di riferimento, che è appunto l'ospedale. Se bisogna abbracciare questa teoria, lo si faccia con le garanzie massime di contemporaneità degli eventi.

Gli ospedali devono e possono essere chiusi solo se contemporaneamente si procede alla reale ristrutturazione di forme concrete di assistenza territoriale. Altrimenti, si espongono i territori - non solo quello della BAT - a paurose assenze di assistenza sanitaria che posso-

no determinare eventi come quello del turista deceduto nel sud barese.

Se il dato di abbattimento dei ricoveri inappropriati è di per sé apprezzabile, non possiamo non valutare con opportuni indicatori la reale assistenza nei territori. In questo, la Regione deve cominciare ad assumere politiche concrete, attraverso l'azione di monitoraggio delle attività dei distretti sociosanitari, degli ambulatori specialistici e delle prestazioni offerte realmente dai medici di medicina di base.

Questo serve, oltre che a darci un'idea precisa di quello che avviene nei territori, anche a porre in essere azioni correttive sul cronico e a volte drammatico problema delle liste di attesa per gli esami da eseguire in regime ambulatoriale. In tal senso, una proposta che pongo all'attenzione dell'assessore Attolini è la necessità di approntare degli schemi di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni diagnostiche in genere e delle prestazioni dell'area radiologica in particolare, che è un centro di costo significativo per il bilancio regionale.

Bisognerebbe, inoltre, approntare dei vincoli analoghi a quelli previsti per la spesa farmaceutica anche per quella di prestazioni di diagnostica radiologica e medicina nucleare. Se non si mette mano ad azioni di contenimento della spesa, legata all'inflazione di esami inappropriatamente richiesti, si rischia l'ulteriore tracollo del sistema, oltre che una cronicizzazione pericolosa del problema delle liste d'attesa.

Inoltre, nell'ambito di alcune azioni correttive della spesa sanitaria, sottopongo alla vostra attenzione una problematica insoluta di questa Regione, quella della radioterapia metabolica, che è una branca terapeutica medico-nucleare che consente, come alcuni di voi sanno, la cura di diverse patologie neoplastiche attraverso l'utilizzo di sostanze radianti somministrate ai pazienti.

Per questo tipo di prestazione, la Regione Puglia assume un indicatore di mobilità passiva pari al 100 per cento. Ogni cittadino pu-

gliese che necessita della radioterapia metabolica non trova, infatti, risposte nelle strutture ospedaliere pubbliche pugliesi. Basti pensare che per il solo trattamento dei tumori della tiroide la Regione Puglia spende ogni anno circa 5 milioni di euro, con flussi che direzionano i nostri pazienti prevalentemente verso il centro di radioterapia della Casa Sollievo della Sofferenza e dell'ospedale di Pisa.

Questo potrebbe essere accettato se la Regione Puglia fosse strutturalmente sprovvista di reparti di radioterapia metabolica, ma così non è. Nell'ASL della BAT, ne esiste uno strutturato per ospitare 5 posti letto, ultimato nel 2010, autorizzato dalla Commissione provinciale per la detenzione delle sostanze radioattive, costato 800.000 euro, ma mai entrato in funzione per carenza di organico. Nello specifico, mancano quattro infermieri e due ausiliari.

Il reparto di radioterapia metabolica dell'ospedale di Barletta porterebbe a un risparmio di circa 1,5 milioni l'anno rispetto ai 5 milioni che la Regione spende ogni anno per questo tipo di assistenza. Si è deciso, quindi, di non far funzionare questo reparto perché la spesa di circa 200.000 euro l'anno per il personale di comparto è stata considerata non congrua rispetto a 1,5 milioni che si potevano guadagnare? Chiedo, dunque, all'assessore se costa di più assumere quattro infermieri e due ausiliari o non incassare 1,5 milioni di DRG che regaliamo a strutture private. Insomma, costa di più lasciare una struttura costruita con i soldi della Regione e abbandonata al proprio destino, com'è successo per l'ospedale di Altamura?

In considerazione del fatto che i posti letto di radioterapia metabolica – visto che si parla di Barletta come polo oncologico – sono stati definiti da tutti i Piani sanitari di questa Regione come posti letto tecnici, che vanno, cioè, in deroga a qualsiasi Piano di rimodulazione dell'offerta ospedaliera, chiedo formalmente che l'assessorato alle politiche sanitarie della Regione Puglia, con azione propria, ap-

pena le regolamentazioni di mantenimento della spesa nazionale e il riconoscimento del raggiungimento dell'obiettivo del Piano di rientro lo consentiranno, deroghi al Piano di assunzioni della ASL BAT, imponendo l'assunzione dei 4 infermieri e dei 2 ausiliari per la radioterapia metabolica dell'ospedale di Barletta.

In alternativa, potrebbe alimentarsi il dubbio che il sostegno del debito di 5 milioni di euro di questa Regione per la radioterapia metabolica non sia casuale, ma strategico al mantenimento di forme di potere economico di strutture ospedaliere extraregionali o di centri convenzionati regionali. Chi vi parla, però, non è abituato a vivere nel dubbio. Grazie.

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

CHIARELLI. Signor Presidente, devo recuperare il tempo del collega Alfarano, che ha rinunciato all'intervento.

PRESIDENTE. Il collega Alfarano fa parte di un altro capitolo. Lei si contenga nei cinque minuti.

CHIARELLI. Signor Presidente, signori consiglieri, siamo alla fine di questa seduta. Abbiamo sentito molti interventi. Innanzitutto, va rivolto un ringraziamento al Presidente Introna per aver acconsentito a questa richiesta di dibattito sulla sanità.

Alla fine, si traggono le conclusioni, altrimenti si finisce per essere ripetitivi in ordine a tante cose che sono state già dette. Gli elementi negativi che emergono da questo dibattito non sono solo affermazioni provenienti dall'opposizione, per cui si può dire che ognuno fa la sua parte.

Vorrei che l'assessore Attolini e il Presidente Vendola, prima di rispondere alle note conclusive, rilegessero gli interventi dei colleghi Marino, Pellegrino, Gianfreda, Ognisanti, Mennea, Laddomada e così via. Sulla

base dello scenario che oggi la maggioranza ha riferito in quest'Aula sulle carenze, sulle cose che non vanno e sul disastro della gestione della sanità, ritengo che, molto responsabilmente, si sarebbero avute conseguenze diverse, se ci fosse stata un'azione con un voto segreto.

È stato detto tutto. Vorrei solo rimarcare un punto, che è stato riconosciuto anche dalle forze di maggioranza al nostro Capogruppo Palese. Mi riferisco alle problematiche che attanagliano il settore della sanità. Sono sette anni che ci troviamo a discutere sempre ed esclusivamente delle cose che non vanno. Oggi, addirittura lo stesso Lonigro ha affermato che, quando hanno iniziato a governare, pensavano che le cose sarebbero andate in un senso diverso.

Tuttavia, caro collega Lonigro, avete vinto due campagne elettorali promettendo ai cittadini pugliesi una sanità migliore. Avete sbandierato in tutta la Puglia i vostri programmi, che oggi sono da voi continuamente condannati.

Ha ragione il collega Laddomada quando dice che non riesce a capire, assessore Attolini, quali sono le logiche che stabiliscono la costruzione di nuovi ospedali (seppur si faranno), quando ci sono centri che di per sé mantengono gli standard. Penso che il collega Laddomada si riferisse a Martina Franca, di cui abbiamo discusso l'altro giorno in Consiglio comunale.

Non voglio parlare, però, solo della Provincia di Taranto, che ritengo quella più penalizzata nella prima fase del Piano di riordino, dovendo far digerire bocconi amari allo stesso Mazzarano per Massafra, per non parlare di Mottola, per poi andare a Castellaneta e passare per Grottaglie e per Manduria.

Ritengo sufficiente il dibattito che si è acceso oggi per far capire quanta poca umiltà ci sia da parte di questo Governo regionale e quanta ostinazione ci sia nel voler difendere l'indifendibile.

Visto e considerato che parlate sempre di

numeri, che siete bravi a sviscerarli e poi a ribaltare le responsabilità una volta sul Governo nazionale e una volta sull'Unione europea, vorrei chiedervi se fate una statistica di quanti processi civili e penali si stanno instaurando nella Regione Puglia che hanno come causale la colpa medica e di quanti procedimenti e quante cause l'ASL ha e deve affrontare pagando studi legali e avvocati che difendono i propri medici e i professionisti.

Non ritengo, tuttavia, che sia responsabilità esclusiva del medico. Penso, invece, che molte volte si è costretti a lavorare in situazioni veramente difficili, dove l'errore umano, al di là della mancanza di attrezzature e di strutture, porta a conseguenze nefaste. È questo il vero problema che questa Regione si deve porre, non solo quello di voler fare a tutti i costi un riordino, che sembra più un disordine che altro.

Il nostro intervento deve essere anche finalizzato a far riflettere sulle cose che diciamo, senza che siano lasciate solo agli atti. Occorre far discendere dalle stesse quei comportamenti consequenziali che da sette anni attendiamo e non si sono mai verificati. Non vogliamo un ospedale sotto casa a tutti i costi, ma quantomeno vogliamo la sicurezza per tutti i cittadini pugliesi di poter ricevere la migliore assistenza sanitaria, cosa che oggi non è per nulla assicurata. Quindi, mi rimetto alle conclusioni fatte da tutti i colleghi che mi hanno preceduto, lasciando a voi, all'assessore Attolini e al Presidente Vendola la possibilità di dare una volta e per sempre – credo che sia arrivato il momento, dopo otto anni – una giusta risposta agli interrogativi e ai problemi dei pugliesi.

PRESIDENTE. Termina qui questo ricco e articolato dibattito, che ha visto 23 colleghi prendere la parola. Devo ringraziare tutti per il clima, per la pacatezza e la profondità degli argomenti usati. C'è stato molto rispetto. Da questo Consiglio vien fuori la consapevolezza che abbiamo trattato un tema molto delicato e sensibile.

I cittadini ci guardano con attenzione e con apprensione ed è giusto che l'atteggiamento del Consiglio risponda a questa preoccupazione. I pugliesi si attendono da noi politiche appropriate e capaci di garantire il loro diritto alla salute in sicurezza.

Adesso, come d'intesa, lascio la parola all'assessore Attolini per una replica. Successivamente, il Presidente Vendola concluderà i lavori di questa giornata intensa sulla sanità pugliese.

Ha facoltà di intervenire l'assessore Attolini.

ATTOLINI, *assessore alla sanità*. Ringrazio tutti gli intervenuti. Esprimo la mia soddisfazione e il mio ringraziamento perché ho assistito a un dibattito e a un confronto serio, con toni pacati, un fatto di estrema civiltà politica e istituzionale. Questo è un dato di fatto che tengo a riconoscere in apertura.

Il dibattito che si è sviluppato in Aula e anche sulla stampa in questi giorni, a mio giudizio – ho sentito, nei giorni scorsi, numerose forme di esegesi del mio pensiero e della mia relazione di mercoledì scorso – ha valorizzato alcuni aspetti del mio intervento, ma credo non abbia valorizzato un elemento forte, dal quale io partivo già nella mia relazione di mercoledì. Si tratta di un'affermazione, dal punto di vista mio e di questo Governo, assolutamente incontrovertibile: il sistema sanitario pugliese mostra una notevole, straordinaria capacità di tenuta.

Lo dimostra anche un episodio accaduto questa mattina. Forse non tutti sapete che c'è stato un incidente ferroviario sulla tratta Lecce-Roma, un deragliamento a Cisternino; pare che ci sia, purtroppo, anche un morto e si sta cercando di capire se ce ne sono altri. Il nostro sistema 118 della ASL di Brindisi, uno dei migliori, molto efficiente, con un altissimo livello di professionalità, è intervenuto prontamente e sta dimostrando una grande capacità di presa in carico nell'affrontare un'emergenza; ha già installato un ospedale

da campo, una struttura mobile. Ancora una volta rivolgo un ringraziamento ai colleghi, agli amici che mostrano questo enorme spirito di sacrificio. Questo è un elemento, se volete, di ulteriore tenuta di questo sistema.

Voglio riferirvi un altro dato che può chiarire il senso delle mie parole. Vi leggo un testo, poi vi dirò chi lo ha scritto: «Si evidenzia, in questi anni, la crescente divaricazione tra Regioni, sia sul piano degli assetti istituzionali sia su quello delle *performance* e delle culture gestionali.

Alcune Regioni, peraltro in Piano di rientro come la Puglia – anche la Sicilia e l'Abruzzo vengono citate – hanno avviato un percorso di risanamento effettivo, altre paiono ancora bloccate. Il primo dato, cioè il risanamento, alimenta speranza per il Paese, in quanto dimostra che dove esistono la volontà e l'acquisizione delle necessarie competenze tecniche risanare i sistemi sanitari è possibile, seppure attraverso processi pluriennali governati da una chiara prospettiva».

Lo scrive il rapporto OASI 2011, sull'aziendalizzazione del sistema sanitario in Italia, redatto dalla Bocconi-Cergas, che credo siano testimoni assolutamente neutri e obiettivi della situazione. Quindi – non lo dico solo io, non lo diciamo noi – questo sistema tiene, mostra una buona tenuta, ma direi straordinaria, soprattutto se faccio riferimento allo spirito di sacrificio dei collaboratori, degli operatori sanitari di tutta la regione. Devo in questi includere, e li ringrazio di questo, i miei collaboratori più stretti, quelli che collaborano e affrontano con me le difficoltà giornaliere di questo lavoro. Del resto, avete sottolineato tutti la difficoltà di questo impegno.

Il sistema dunque tiene, nonostante due elementi di cui parlavo anche nella mia relazione introduttiva: da un lato, il contesto nazionale, su cui ritornerò alla fine, a proposito dell'invocazione che ho rivolto alla politica, e l'ho fatto da tecnico, sebbene qualcuno me l'abbia ricordato sui giornali, ed è esattamente così; dall'altro, un'eredità difficile che è stata

raccolta da questo Governo, da due legislature, un'eredità che presentava anche sul piano delle norme una carenza di strumenti di controllo, di regole e soprattutto presentava, sul piano dell'organizzazione, una serie di limiti, di carenze, di criticità come la scarsa propensione all'innovazione.

Dico subito che abbiamo sviluppato un sistema informativo d'avanguardia, di alto livello, che sta partendo. Da giugno è avviato sia il portale sia il sistema informativo dei medici di medicina generale. È un sistema riconosciuto a livello nazionale che – forse la troppa enfasi rischia di suscitare la reazione opposta – viene considerato uno dei migliori sistemi informativi italiani.

Abbiamo ereditato strutture e infrastrutture obsolete. Al di là del Piano dell'edilizia sanitaria, su cui ritornerò, abbiamo praticamente rinnovato in questi anni il parco macchine, grandi macchine, di questa regione, con i fondi FESR. Dal 2007 e 2008 ad oggi sono state acquistate, installate e in buona parte avviate circa 45-47 grandi macchine (alcune sono in fase di avvio). Questo significa un incremento, sulle grandi macchine, per le TAC del 61 per cento e per le risonanze magnetiche del 56 per cento in più rispetto al 31/12/2004. Questo è il dato del 2012.

Quanto all'assenza di strategie per la presa in carico dei pazienti, adesso stiamo sviluppando un complesso processo di riorganizzazione e di rinnovamento culturale dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, grazie anche all'operazione che è stata condotta sulla rete ospedaliera, riducendo il numero degli ospedali (102) che abbiamo ereditato quando siamo arrivati, in gran parte vecchi o scarsamente tecnologizzati, disarticolati (ricordate tutti la vecchia polemica, su cui non voglio ritornare). Stiamo cercando, attraverso il Piano di riordino ospedaliero, di ridare un ordine a questo sistema.

La frammentazione dei percorsi di cura è un altro elemento da considerare. Da qualche anno su questo tema abbiamo avviato una col-

laborazione molto proficua con i medici di medicina generale, anticipando anche la riforma Balduzzi, che ha prodotto una riorganizzazione dei percorsi di cura, e dei percorsi di cura a livello di cure primarie, che vuole la Puglia fra le regioni nelle quali è più avanzato il livello di associazionismo tra i medici. Tale livello riguarda un terzo dei medici. Sono stati fatti degli esperimenti molto positivi, a Gravina, al San Paolo, quindi siamo citati come casi nazionali. Anche su questo ci siamo a lungo impegnati.

Nonostante i limiti e le carenze che ho dichiarato, che vengono anche dal passato, questo percorso, negli ultimi due anni soprattutto, è andato avanti, grazie anche al Piano di rientro. Tale Piano di rientro ha mostrato finora il volto cattivo, la *pars destruens*, ma ha già intrapreso la strada della riorganizzazione, la *pars construens*, la produzione di risultati, a partire anche da tutto quello che siamo riusciti a realizzare con l'impegno e l'impiego dei fondi FESR.

Cito velocemente due dati. Con le aziende sanitarie ospedaliere sono stati sottoscritti due disciplinari, per un importo totale di circa 184 milioni di euro, così ripartiti: 96 interventi ammessi a finanziamento nell'ambito del disciplinare 2009, per un valore di 121 milioni di euro, in gran parte impegnati; 38 interventi ammessi a finanziamento nell'ambito del disciplinare da novembre 2011 a febbraio 2012, per un importo di 62 milioni di euro circa. In totale, 123 interventi tutti finalizzati all'ammodernamento, messa a norma e costruzione di strutture territoriali, anche nell'ottica della riconversione e quindi della riutilizzazione delle strutture dismesse, potenziamento del parco tecnologico. Non solo l'edilizia sanitaria si è espressa attraverso il piano dei nuovi ospedali, ma anche e direi soprattutto in questa fase – sono risultati concreti e già visibili – si esprime attraverso questi risultati.

Tuttavia, non sono solo questi i risultati di cui devo parlare. Non voglio annoiarvi a lungo, ma mi preme partire da un dato che è stato

citato negli interventi e rappresenta un risultato importante conseguito: la lotta – riprendo il tema lanciato dal consigliere Sannicandro – al precariato, che si è sviluppata su due direttrici. Da un lato, ed è quello di cui parlava il consigliere Sannicandro, il complesso processo di internalizzazione che ha invertito una tendenza di esternalizzazione che abbiamo ereditato dal passato. Anche questo processo di esternalizzazione, lo diceva il Presidente Palese, significava trasferire costi di personale, dalla voce “personale”, su beni e servizi. È un processo inverso, ma quantomeno serve a dare delle garanzie; esso ha avuto l'intento di dare delle garanzie di qualità contrattuale ai lavoratori che sono entrati grazie a questo processo di internalizzazione.

L'altra azione compiuta nell'ottica della lotta al precariato è quella relativa ai medici stabilizzati, che per una serie di norme e di vicende che tutti conoscete hanno subito un processo di destabilizzazione che è ancora in corso.

Quando parlo di intervento *bipartisan* della politica intendo, per esempio, ricordare a tutti che forse per la prima volta nella storia di questo Paese, in una finanziaria, all'articolo 16 della legge n. 111 del 2011, che ha complicato notevolmente le cose alla Regione e anche il destino di questi colleghi, è stato dichiarato l'annullamento dei contratti in essere. Credo che sia il primo esempio di questo tipo. Si è parlato a lungo di questo fatto.

Cito adesso velocemente altri risultati importanti. I numeri sono quelli riportati nella mia relazione, altri ve li riferisco ora. Quando parlo dei risultati di questi ultimi periodi, non mi riferisco solo agli ultimi sette mesi o agli ultimi due anni, ma parlo di quello che questo Governo ha fatto negli ultimi anni: un Piano regionale della salute, il primo in Italia probabilmente, che ha visto una partecipazione straordinaria di tutti gli attori del sistema, compresa quella delle associazioni di volontariato, dei cittadini; un Piano condiviso, ragionato, con una partecipazione straordinaria.

Sul riordino della rete ospedaliera si sono dette molte cose. Io ricordo solo due dati: nel 2002 il tasso di ospedalizzazione era pari a 230, e si è mantenuto alto fino al 2007-2008, mentre oggi, per la prima volta, scende al di sotto di 200. Questo è un dato importante.

Cito, inoltre, l'abbattimento del 50 per cento, rispetto a quell'epoca, dei DRG ad alto rischio di inappropriatazza. Questi risultati non avvengono per miracolo, ma come frutto di un lavoro di riorganizzazione dei percorsi, di un'azione precisa. Non credo ai miracoli, in questo caso, ma a un'azione positiva.

Non è vero che la mobilità passiva è aumentata. Non abbiamo i dati ultimi, ma sapete che sulla mobilità passiva i dati arrivano con un ritardo di due anni, perché servono ai fini della definizione del riparto. La mobilità passiva è in costante riduzione, soprattutto dal 2006 ad oggi; era in crescita fino al 2006, ma da allora è in decrescita, così come è in aumento la mobilità attiva.

Abbiamo, poi, il miglioramento di tutti gli indicatori, tra i quali cito, in particolare, il Programma nazionale valutazione esiti, presentato dal Ministro Balduzzi che mi ha invitato a Roma la scorsa settimana insieme agli altri assessori alla sanità.

Uno degli indicatori importanti di efficienza ed efficacia del sistema è la percentuale di pazienti che si ricoverano in reparti di ortopedia per frattura del femore e che vengono operati in seconda giornata. Questo indicatore è notevolmente migliorato. La percentuale dei pazienti di età superiore a sessantacinque anni operati entro settantadue ore è salita dal 33 per cento nel 2010 al 41 per cento nel 2011, quindi in un anno. Anche questo non è avvenuto per miracolo, ma per effetto di misure messe in atto.

Questo è un esempio di cui si è parlato molto a Roma con il curatore, dottor Perucci, uno straordinario epidemiologo romano, e con il Ministro Balduzzi. Ci sono realtà che tutti noi consideriamo all'avanguardia: in Emilia-Romagna, nella stessa città, Bologna, su que-

sto indicatore si è valutato il Rizzoli e l'Ospedale Maggiore. Ebbene, al Rizzoli i valori sono molto più alti – siamo attorno al 50-55 per cento – ma stiamo parlando della struttura di eccellenza in Italia, quindi questo è un indicatore importante e sensibile; all'Ospedale Maggiore, che dista poche centinaia di metri, abbiamo valori ridicoli, molto più bassi, che hanno allarmato anche l'assessore dell'Emilia-Romagna.

Si potrebbe parlare di tanti altri temi, ad esempio dei punti nascita, su cui c'è una lunghissima e interminabile polemica. Quando parlo di invito alla politica intendo dire, ad esempio, che tutti noi, con senso di responsabilità, dobbiamo collaborare per contenere le spinte campanilistiche, perché queste rappresentano un arretramento, ci portano indietro. Molto spesso dietro ci sono solo interessi particolari.

Uno degli inviti che avevo rivolto nella mia espressione «la politica deve aiutare» – lo dico da tecnico – riguarda questo tema preciso. Ho già detto, e nel documento sono contenuti, quali sono gli svantaggi legati a una mancata capacità di intervenire in maniera seria su questo tema. L'Istituto superiore di sanità ha affermato recentemente che il rischio di complicanze nelle donne che sono sottoposte a parto cesareo cresce di tre volte rispetto alla popolazione di donne che partoriscono per via vaginale.

Questi sono dati su cui stiamo lavorando, tra mille difficoltà, anche legate alle resistenze e alle proteste delle popolazioni, che hanno comunque un fondo comprensibile. Non voglio demonizzare i cittadini, e lo dico guardando il rappresentante del comitato di Mola. Esiste sicuramente una richiesta precisa e noi dobbiamo essere in grado, anche attraverso la comunicazione (e non solo), di assicurare i cittadini di questa regione.

Il problema delle liste d'attesa è certamente complesso, ma noi dobbiamo basarci, oltre che sulle sensazioni, anche sui dati di fatto, sui flussi ministeriali. Dovete sapere che a li-

vello nazionale uno degli indicatori sui quali veniamo valutati a livello LEA, come efficienza ed efficacia di un sistema, sono i tempi delle liste d'attesa per alcune patologie e PDT (Percorsi diagnostico-terapeutici) traccianti. Su queste, in particolare, siamo fra le regioni migliori d'Italia. Non lo dico io, ma il Ministero. Le patologie sono il carcinoma della mammella, il carcinoma polmonare, il carcinoma rettale, i *bypass* aorto-coronari.

L'indicatore, che noi rispettiamo al 90 per cento – ed è uno degli *score* più alti d'Italia – prevede che debbano trascorrere al massimo trenta giorni nella fase diagnostica e al massimo trenta giorni nella fase terapeutica. Noi siamo all'interno di questo limite nel 90 per cento dei casi.

Il problema, molto spesso, è che i medici di medicina generale – e qui c'è un problema di comunicazione ed educazione, sono d'accordo – non indicano nella ricetta il codice “urgenza”, “non urgenza”, “differibile”; oppure, in molti casi, purtroppo, indicano scorrettamente e inappropriatamente il codice d'urgenza, anche in situazioni che non lo richiederebbero, e questo crea intasamento delle liste d'attesa.

Inoltre, siamo all'interno dei parametri in quasi il 90 per cento dei casi in cui viene indicata la priorità. Alcuni problemi ci sono sulla diagnostica, ma in molti casi è anche questa la criticità. Un esempio diretto è il numero di reclami: il numero di reclami da parte dei cittadini nella nostra regione non è sparito – rischierei di essere ridicolo – ma è in sensibile e costante diminuzione. I reclami sono diminuiti nel 2011 del 20 per cento rispetto al 2010, e questo è il dato più basso di tutto il periodo storico esaminato, dal 2004 ad oggi. Sono dati concreti che potrete controllare quando ve li darò.

Quanto agli *screening*, siamo la regione – credo unica in Italia, o forse con altre poche – che ha inserito nella popolazione *target* non solo le donne fra i 50 e i 69 anni ma anche le donne tra i 40 e i 49 anni. Questo significa che le donne inserite negli *screening*, se ri-

spondono correttamente alla lettera inviata dalla ASL, eseguono l'esame, che viene ripetuto nei tempi previsti. È evidente che chi non accetta lo *screening* rischia di vanificare una procedura complessa e di attendere tempi più lunghi. Questo vale solo ai fini dello *screening*.

Le donne con sospetti diagnostici – un nodulo – vengono invece visitate nei tempi previsti, tra una settimana e dieci giorni; tutte le donne con sospetto di nodulo vengono viste anche molto prima (anche nell'arco di due o tre giorni).

Vengo all'assistenza territoriale. Colgo l'occasione per rispondere anche al consigliere Maniglio che giustamente, rifacendosi alla relazione, lamenta una dissinergia. Vi riferisco il dato più recente, fresco di giornata (c'è anche una relazione molto più completa che fornirò al consigliere Maniglio, ma è disponibile per tutti), per la specialistica ambulatoriale: «Nel bilancio di previsione 2012 è stata prevista l'equivalente di mille ore settimanali aggiuntive di specialistica ambulatoriale – stiamo parlando dell'ASL di Lecce – la cui assegnazione allo stato attuale è di circa il 40 per cento [...]. È in fase di aggiudicazione una PET-TAC [...], e ci sono altre cose interessanti che riguardano le grandi macchine, ma di questo ho già parlato.

Quanto alla riorganizzazione del territorio, ve ne ho parlato a lungo. I cardini lungo i quali si sviluppa sono due. Il primo è il potenziamento e lo sviluppo degli accordi con la medicina generale; ne ho parlato anche a Brindisi sabato pomeriggio, poiché dalla FIMMG è già stato posto il problema di come muoversi senza risorse. Per carità, possiamo anche discutere di questo, ma la priorità è il trasferimento, che non vuol dire trasferimento di soldi attraverso le deospedalizzazioni, ma vuol dire spostare l'attenzione sul territorio e accettare e trasferire modelli organizzativi e culturali. Ho chiesto dunque alla FIMMG un forte impegno su questo. Il problema economico certamente ci sarà, ma lo affronteremo dopo; si deve partire dall'accettazione di mo-

delli. Ci sono molte richieste di CPT, di superrassiezioni nel territorio.

Il secondo cardine, concertato con tutti gli attori, sindaci, sindacati, cittadini, volontariato, cittadinanza attiva del territorio, è la riorganizzazione del territorio secondo il modello del *chronic care*, che troviamo nelle zone dove abbiamo sperimentato il Progetto Nardino – che d'ora in poi chiameremo *chronic care model* – che prevede un crescente livello di coinvolgimento anche dei medici di medicina generale, con un indice di soddisfazione elevato dei cittadini che partecipano.

Tutti gli indicatori che avevamo visto nel Progetto Leonardo, che ha generato a sua volta il Progetto Nardino, vengono confermati.

C'è poi il capitolo della telecardiologia, ma è inutile ripeterlo poiché faceva già parte della relazione.

Tuttavia, non ci siamo fermati solo a questo. Devo ricordarvi anche tutti gli altri progressi. Cito, ad esempio, la riorganizzazione del sistema di prevenzione ed educazione sanitaria, con una serie lunghissima di progetti, tra i quali l'erogazione gratuita del vaccino HPV, l'avvio del piano di prevenzione del rischio cardiovascolare, anche con la collaborazione dei medici di medicina generale. Si tratta di una serie di iniziative, ma se le citassi tutte rischierei di annoiarvi e di dilungarmi troppo.

Devo ricordare il rafforzamento del quadro normativo. Come dicevo, siamo partiti da una situazione di carenza di regole e di controlli. A questo riguardo abbiamo messo in atto una serie di iniziative, anche prima della recente legge sulle centralizzazioni o di altre norme: la legge regionale sulle unioni di acquisto, la legge sul divieto di acquisto per prodotti infungibili, l'attivazione del Nucleo regionale per la verifica sugli appalti presso l'ARES (i dati sono contenuti nella relazione), un gruppo regionale di unioni di acquisto, l'informatizzazione dell'Osservatorio regionale prezzi, che è già stato istituito, la definizione di un albo merceologico unico regionale del sistema sa-

nitario, l'albo dei fornitori, la definizione di linee guida, la razionalizzazione e il potenziamento della centrale acquisti.

Cito, ancora, il Piano di innovazione territoriale, la qualificazione della spesa...

PRESIDENTE. Assessore Attolini, per cortesia, altrimenti Palese non è contento, confermi che sono tutte iniziative realizzate su indicazione...

ATTOLINI, assessore alla sanità. Il Piano di formazione regionale esisteva, ma per la prima volta abbiamo istituito un organismo di formazione per la centralizzazione delle attività di formazione della Regione.

Quanto al controllo della spesa sanitaria – proprio il consigliere Palese parlava di certificazione dei bilanci – è stato pubblicato il bando e stanno già arrivando le domande, quindi a breve ci sarà l'aggiudicazione.

Cito *en passant* alcuni indici epidemiologici che potrebbero dare ulteriori chiarimenti. Secondo l'indagine multiscopo Istat sulle condizioni di salute, i pugliesi che dichiarano di godere di buona salute sono il 77 per cento, mentre il dato medio italiano è il 73 per cento. Questo è un dato legato alla percezione, a cui prima si faceva riferimento.

È stato detto che non si è visto niente, o poco, al di là dei tempi di disattivazione e riconversione. La riconversione degli ospedali è stato un processo faticosissimo: 21 ospedali, nessuna regione è riuscita a fare tanto in un anno. Il punto era creare la condizione di base, quindi l'infrastruttura ospedaliera all'interno della quale partire, nell'ottica della riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza, con le reti assistenziali e ospedaliere per patologia, come abbiamo già fatto, per esempio, con la rete oncoematologica e con la rete IMA/SCA.

Questo è il modello che intendiamo riprodurre. Abbiamo già istituito un tavolo di lavoro con tutti i medici, con le società scientifiche, con le medicine interne. Il modello da seguire è questo: all'interno di un sistema

riorganizzato in cui si è ridotto il numero di posti letto, di unità operative, si tratta di introdurre un criterio di *hub and spoke*, cioè della riorganizzazione per reti secondo il modello *hub and spoke*.

Sul territorio, come ho detto prima, si tratta di potenziare il raccordo e l'accordo con i medici di medicina generale e sviluppare l'integrazione. Abbiamo già posto le premesse per l'integrazione sociosanitaria. Tutti i distretti sono dotati di UVM, unità di valutazione multidimensionale, e di porta unica di accesso. Questa è una novità.

Il quadro che ne deriva non è certo catastrofico. Ho solo posto, da tecnico, un problema alla politica, ai politici. I politici, i giornalisti, i sindacati sono la classe dirigente di questa Regione e di questo Paese, e una classe dirigente deve essere in grado di sviluppare un'idea di bene comune e, soprattutto, deve essere in grado di distinguere tra bene comune e interesse di parte. Il bene comune, in questo caso, è la tutela della salute dei nostri cittadini. In funzione di questa ho lanciato un allarme: è vero, questo sistema tiene, ha straordinarie capacità di tenuta – e i risultati li ho elencati –, ma non può reggere a lungo se non interviene un adeguato programma di rinforzo delle piante organiche, a partire da una criticità del personale che è ben descritta nel documento che conoscete tutti. Su questo ho chiesto un intervento consapevole alla politica, un intervento che abbia una visione più ampia.

Non si tratta solo di fare pressione su Masicci o Palumbo, non è solo questo che io intendo: la politica dovrebbe porsi il problema, all'interno di un contesto nazionale di finanziamento, di lanciare a sua volta una politica *bipartisan*. Al Nord esiste una coesione maggiore; non è un caso che Regioni come Lombardia, Veneto, Emilia e Toscana siano sempre avvantaggiate dai piani di riparto, da tutte le norme, dalle finanziarie. Non è un caso, esiste una capacità di coesione lobbistica.

Se deve esserci un intervento della politica,

a partire da una criticità, questo deve andare in due direzioni. In primo luogo, si deve chiedere una maggiore flessibilità nell'applicazione dei piani di rientro; questo era un tema posto da tutte le Regioni, quelle meridionali in particolare, nel Patto della salute, che non è mai partito.

Questo elemento sta strozzando tutte le Regioni meridionali, Calabria, Campania, Sicilia, Puglia, indipendentemente dal colore politico. In secondo luogo, un intervento forte e necessario è quello di fare pressione perché nel riparto, dal quale escono sempre vincitrici – non si sa perché, nonostante nel corso degli anni avremmo avuto anche noi le possibilità, le occasioni e gli strumenti – le stesse Regioni, si introducano dei criteri che non svantaggino soltanto le Regioni meridionali. Pertanto, la deprivazione già prevista nel decreto del 1996 non era solo l'età (era solo quota capitaria che poi è diventata ponderata), ma in quel decreto c'erano già tutti gli elementi che poi non sono mai stati rispettati. Nessuno – all'epoca noi non avevamo responsabilità di governo – ha mai posto il problema.

Chiedo scusa se non risponderò a tutti in questa sede; se volete, darò anche risposte singole, ci possiamo incontrare. È evidente che avete posto una massa enorme di problematiche.

Ho apprezzato, tra gli altri, l'intervento del consigliere Marino che ha sollevato un problema che condivido pienamente. Il problema del funzionamento degli ospedali, dei distretti eccetera non è soltanto quello del personale dipendente, che comunque rappresenta una condizione importante, ma è anche legato alle capacità organizzative. Il consigliere Marino citava il caso della legge n. 104: siamo perfettamente d'accordo, al di là di tutto c'è un eccessivo ricorso alla legge n. 104, tema peraltro sollevato a Martina Franca, l'altra sera, in Consiglio comunale, dove eravamo presenti, e giustamente sollevato dal Presidente Palese.

Al consigliere Palese, che ha citato casi di malasanità, voglio ricordare che intanto si

tratta di presunta malasanità. Per come la vedo io, in tutti i casi citati non c'è malasanità. Nel caso di Manduria, gli episodi sono due. Il primo si riferisce a un parto prematuro: una donna al quarto mese di gravidanza è stata portata a Gallipoli e poi a Taranto, dove c'è l'UTIN, perché una gravidanza in quelle condizioni deve essere gestita all'interno di un'unità di terapia intensiva neonatale. Peraltro, nel nostro piano di riorganizzazione del percorso nascita abbiamo previsto, così come dicono le linee guida nazionali, una UTIN per provincia. A Taranto quel giorno non c'erano posti disponibili – può succedere – e la donna è stata trasferita a Brindisi nel giro di due ore. Non è accaduto nulla, per fortuna, alla mamma e al bambino.

L'altro caso è quello di una partoriente pretermine che da Manduria è stata portata a Grottaglie, dove è stata regolarmente ricoverata, senza alcun problema. Sorvolo sulla questione del primario, in quanto al riguardo è in corso un'inchiesta e non voglio entrare nel merito.

Del problema di Mola abbiamo anche parlato. È vero, il punto di primo intervento era chiuso, ma si sapeva che lo era. Possiamo porci il problema di riaprirlo o meno, ma è un altro discorso; in quel momento era chiuso ed era giusto che intervenisse, in una situazione di emergenza, il 118, che peraltro è intervenuto immediatamente, appena chiamato e il paziente è stato condotto rapidamente all'ospedale "Di Venere".

Purtroppo, in quel caso – io ho fatto il medico per trentacinque anni, dunque so bene cosa sto per dire – quel paziente è rimasto circa tre ore a casa con la patologia che peggiorava, e questo ha complicato tutto. Un intervento immediato probabilmente gli avrebbe salvato la vita, ma quando si parla di episodi in cui c'è la vita o la morte di una persona preferisco mantenere un'estrema cautela.

Vengo al Piano di rientro e, soprattutto, a un tema già posto dal Presidente Palese, quello dei posti letto. Anche nel suo intervento di

oggi il collega sembra adombrare il rischio che non abbiamo fatto niente, che dovremmo intervenire con nuove chiusure.

Non è così; quando abbiamo avviato il Piano di rientro la nostra dotazione di posti letto era già al di sotto dello *score* in quel momento richiesto dalle norme nazionali, 4,5 per cento. Il valore è sceso da 3,96 a 3,50 e, nella seconda fase, è ulteriormente sceso a 3,30 in totale, compresa la lungodegenza. Questo vuol dire che già oggi siamo nei limiti previsti dalla *spending review*. Non chiuderemo più neanche un posto letto e un ospedale, se non quando eventualmente ne verranno costruiti di nuovi.

Sul Piano di rientro si sono soffermati in molti. Il problema dello sblocco o non sblocco del *turnover*, secondo me, è un problema sanitario prima ancora che finanziario. Una delle risposte a questo tema rientra nella logica pattizia, del Piano di rientro. È vero, non siamo stati obbligati, ma l'abbiamo fatto per recuperare l'extrafinanziamento, il 3,5 per cento, che altrimenti non avremmo recuperato avendo sfiorato il Patto di stabilità, ricordando però che quell'accordo Stato-Regioni nel marzo del 2005 non l'abbiamo firmato noi. All'epoca c'era il Presidente Fitto.

Il tema della ricaduta del Patto di stabilità sui bilanci, sul destino della salute, sugli equilibri economico-finanziari dei sistemi sanitari, è stato adesso eliminato, non lo ritroveremo più dal prossimo anno. Comunque, quel Piano, firmato nel novembre 2005 – devo ricordare le difficoltà che abbiamo avuto per firmarlo, visto che era già pronto ad aprile-maggio e se l'avessimo firmato allora probabilmente avremmo avuto più margini per realizzare le cose – prevedeva due situazioni che è giusto riportare e che noi abbiamo segnalato anche al tavolo nazionale.

In primo luogo, nella costruzione delle evoluzioni di spesa e di costi, il Piano prevedeva un incremento del fondo sanitario, come da Patto della salute che sta per scadere, a cui poi il Governo unilateralmente, con finanziarie e

spending review, è venuto meno. Dunque, era previsto un incremento che non è più stato rispettato.

In secondo luogo, si prevedeva una decrescita del personale, con blocco del *turnover* al 100 per cento, nonostante non ci fosse alcun obbligo per imporre alla Puglia una misura di questo tipo, che esiste nelle Regioni commissariate. Dunque, non c'era nessuna ragione di legge per imporre il 100 per cento, e lo ricordo a beneficio di tutti. Nonostante questo, abbiamo acconsentito e avevamo immaginato una progressione di fuoriuscita dal sistema che le leggi nazionali – la riforma Fornero eccetera – hanno fatto saltare. Avevamo immaginato una fuoriuscita di circa 2.500-3.000 unità, ma sono 5.000 grazie alla riforma Fornero.

Su questi temi la politica – al di là del fatto che oggi ci siamo io e il Presidente Vendola – a livello nazionale deve porre delle questioni. È fondamentale.

Sono d'accordo con il consigliere Romano che si debba fare della cronicità e della sua presa in carico la sfida vera del nostro sistema e collegare il tema della cronicità alla qualità di vita. Lo spirito con cui abbiamo intrapreso questo difficile cammino riguarda proprio questo. Il Piano della salute lo diceva chiaramente e io lo ribadisco in chiusura: la salute si tutela non solo garantendo TAC, risonanze, ospedali e distretti, ma anche esercitando un'azione costante e capillare di promozione attiva della salute.

Questo è esattamente quello che diceva il consigliere Romano e quello che noi stiamo facendo, per esempio nell'ambito delle norme sulla tutela dell'ambiente, del rapporto fra salute e ambiente, cioè intervenire attivamente sui determinanti della salute.

Su questo, è vero, c'è ancora molta strada da percorrere. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie. Ha facoltà di intervenire il Presidente della Giunta regionale, Nichi Vendola.

VENDOLA, *Presidente della Giunta regionale*. Anch'io penso che quella di oggi sia stata una prova di maturità, un dibattito composto che non ha occultato nessuna delle criticità né la difficoltà del passaggio.

Tuttavia, credo che abbia prevalso la responsabilità di non giocare sulla pelle della sanità una partita che ha moventi e ragioni squisitamente politiche. È un po' difficile affermare, come qualcuno sia pure con toni sereni ha affermato, che siamo di fronte a un bilancio che fotografa l'insussistenza del cambiamento.

Vorrei partire dal punto da cui è cominciata la nostra avventura, senza voglia di scaricare responsabilità all'indietro o all'insù. Vorrei però ricordare come si è costruita un'operazione di risanamento finanziario della sanità pugliese, quella che ci è stata consegnata e che noi abbiamo dovuto governare.

Comincio con il blocco del personale. Nel corso del decennio dei Governi di centrodestra si è impedito alla Puglia di adeguare i propri organici agli standard che, invece, nelle altre Regioni vedevano un aumento. Non è un tema che può essere sfiorato.

La carenza di medici, di infermieri e la carenza di personale amministrativo, che mette le ASL in una condizione di paralisi quando devono operare per dare risposte alle imprese come ai cittadini, è il dato drammatico di partenza, e comporta anche l'aver rinviato il compito fondamentale della modernizzazione del sistema sanitario.

I dati che ha offerto l'assessore Attolini – che tutti noi dovremmo ringraziare per la fatica, l'impegno, la pazienza nell'ascoltare ogni giorno le mille domande che affollano gli universi della sanità, per l'onestà e l'abnegazione con cui lavora – a proposito delle grandi macchine mostra un incremento senza comparazioni possibili con altre realtà del Paese e dice che se in Puglia fino al 2006 la mobilità passiva cresceva in maniera esponenziale è perché era difficile avere un'offerta sanitaria credibile, perché mancava una filiera di infrastruttura-

zione tecnologica, a cominciare dalle TAC, dalle grandi macchine.

Oggi, quando la gente si ammala diventa esperta della propria malattia, si informa su internet, sulle enciclopedie, si aggiorna. È difficile perciò che possa accettare un'offerta sanitaria dequalificata o priva dei supporti tecnologici adeguati.

Prima dei programmatori sanitari – apro una parentesi – che hanno scritto che cosa bisogna sopprimere del nostro sistema, della nostra rete sanitaria, ci hanno pensato gli ammalati. Quando gli ammalati fuggono dai piccoli ospedali, quando il 90 per cento dei ricoveri avviene soltanto in pochi, qualificati grandi ospedali, vuol dire che c'è già un'indicazione chiara del fatto che sta crescendo la consapevolezza che non basta avere un albero sotto casa per immaginare che possa crescere la foresta della salute, che invece ha bisogno di un ciclo di altro genere.

Non voglio dire nulla sulle vicende che hanno riguardato anche i conti. Nel corso degli anni noi ci siamo trovati scaricati sulle spalle questioni che venivano da molto lontano; ad esempio, dovevamo fare i conticini sui diritti alla mensa degli anni Novanta del Policlinico di Bari. Abbiamo dovuto, poco alla volta, tirar fuori dalla nebbia, dalla distrazione, tutta la verità per intero su come era la realtà finanziaria ed economica della sanità pugliese.

Abbiamo cercato innanzitutto di dare una risposta in termini di adeguamento delle strutture sanitarie e della infrastruttura tecnologica. Nel 2004 io mi ero pure battuto per la difesa di alcuni ospedali, perché non si capiva quale fosse la logica per la quale c'era la sensazione di uno strappo violento alla rete sanitaria; in realtà, quello strappo violento non c'era nemmeno. Non li avete chiusi voi gli ospedali da chiudere; li abbiamo dovuti chiudere noi, e ne abbiamo chiusi venti, ventuno. Mai avrei potuto immaginare, però, che alla verifica dei fatti, per esempio, per il mio ospedale bisognava fare la messa a norma di

tutto: della sala operatoria, delle stanze in cui si ricoverano i degenti, delle cucine. La condizione era quella di un'assuefazione al degrado. Le mense a norma costano molto, non sono una ribalta, non sono l'oggetto dei riflettori che si accendono. Non si inaugura certo la cucina di un ospedale dove si tolgono le trappole per i topi e si avviano condizioni igienico-sanitarie moderne. Anche questo è accaduto.

Noi abbiamo cominciato a investire sulla modernizzazione dell'offerta. Non sarebbe possibile immaginare, diversamente, quel *trend* capovolto: se nel decennio 1996-2006 il *trend* della fuga dalla Puglia per ricoverarsi negli ospedali prevalentemente del Nord è in costante ascesa, il fatto che dal 2006 si interrompa l'ascesa e prima lentamente, poi in modo crescente diminuisca il numero di coloro che fuggono – turisti sanitari, dice qualcuno, qualcun altro parla di viaggi della speranza – vuol dire che l'offerta tecnologica, medica, sanitaria è cresciuta in maniera significativa.

Noi ci siamo trovati a pagare in sanità (cito un argomento noto in quest'Aula, ma fuori non lo è molto) il prezzo della violazione del Patto di stabilità. Vi ripeto quello che è accaduto nel 2006 e 2008, e lo ripeto perché non è scritto in una legge suprema, non è l'undicesimo comandamento, è una delle regole che andrebbe guardata criticamente, che ha un elemento di demenzialità, se permettete, che prevede che ogni 100 milioni di euro che mi vengono dalla Comunità europea devo aggiungere una quota di cofinanziamento di 20 milioni di euro, ma su questi 20 milioni di euro interviene il calcolo del Patto di stabilità. Dunque, per prendere i soldi da Bruxelles devo mettere i soldi della Regione, ma non posso mettere oltre una certa cifra, altrimenti vado in sanzione, e se non metto oltre una certa cifra perdo i soldi da Bruxelles.

È come se ti dicessero che l'alternativa è impiccarsi o buttarsi nel burrone. Il 2006 e il 2008 abbiamo cercato di raggiungere obiettivi

di spesa comunitaria, perché ci sono gli investimenti per fare le cose più importanti che riguardano il futuro della Puglia. Siamo stati penalizzati per questa ragione con il Piano di rientro in sanità.

Vorrei che questo argomento suonasse stridente, insopportabile. Lo dico alle forze politiche fondamentali – quelle che hanno anche la responsabilità del sostegno all'attuale quadro di governo – non per far polemica, ma per dire che non si può accettare che queste condizioni, questi vincoli non siano mai neanche discutibili, che sia una specie di legge superiore.

Ricordo che noi ci trovammo a fare un braccio di ferro drammatico sul Piano di rientro, all'interno del quale sbocciò il fiore dello scandalo: le internalizzazioni. Queste nascono dal fatto che noi pensiamo che un lavoratore, impegnato per esempio sull'ambulanza del servizio di emergenza e soccorso, non debba vivere nella tagliola della precarietà.

Penso che, in generale, la precarietà sia una violazione di diritti fondamentali dell'uomo e del lavoratore, ma in particolare per un medico, per un infermiere, per chi lavora nella trincea più esposta del ciclo dell'emergenza, è insopportabile. Penso che alcune delle "cooperative" che organizzavano il servizio esternalizzato dell'emergenza operassero anche in maniera *borderline*, insomma era un mondo in cui si poteva anche sentire un cattivo odore.

Con il Ministro Tremonti ho provato a fare un negoziato, invitando il Ministro e i suoi tecnici a venire in Puglia con il calcolatore: se l'internalizzazione avesse avuto un costo superiore all'esternalizzazione noi l'avremmo bloccata, mentre l'avremmo perseguita se avesse consentito ai lavoratori di avere diritti e un reddito vero, non una busta paga finta su cui è scritto 1.000 ma si percepiscono 500 euro. Sto forse dicendo una sciocchezza? Eravamo tutti assuefatti all'idea che c'è un mondo, che è sopportato anche dalle Istituzioni, che regola il proprio mercato del lavoro secondo criteri neoschiavistici?

Bisognava provare – questa era la battaglia – a qualificare l’offerta sanitaria, perché l’offerta sanitaria si qualifica anche quando si danno stabilità e diritti a chi lavora in sanità, e a regolamentare questo mondo, a capire bene come funzionava. Ma il Ministro Tremonti ci disse “no” e aggiunse: «Questa infezione rivoluzionaria non te la consentirò».

Lo sapete, lo sa il consigliere Palese, è stata la telefonata più gravida di turbamento nella mia intera vita. Per responsabilità nei confronti dei pugliesi andavo con il capo cospiratore di cenere al Ministero della salute per mettere la firma a quel Piano di rientro che avrebbe comportato lacrime e sangue, ma – ahimè – trovai il Ministro della salute Fazio e non il Ministro dell’economia Tremonti, che disse che non avrebbe firmato. Sapete anche com’è andata quella vicenda: abbiamo firmato con un anno di ritardo.

Che cos’è il cambiamento della sanità? È un decreto? È un atto magico? È un abracadabra? Cambiare la sanità significa vedere come sono organizzati i reparti, le attività chirurgiche, la parte amministrativa, vedere se in un’ASL fanno un contratto di *global service*, vedere come operano, se controllano le pulizie? Come si fa il cambiamento della sanità? Sono tutti favorevoli a questo cambiamento? Se uno ha bisogno di accorpate per motivi di razionalità e ha bisogno non di avere dieci primariati nello stesso settore, che sono soltanto una moltiplicazione di spreco e di prebende, ma magari un solo primario in quel settore, vuoi vedere che gli altri nove primari sono tutti consiglieri comunali? Vuoi vedere che sradicare un primario è complicato perché ha un radicamento formidabile nella politica? Quanti sono i nemici del cambiamento in sanità? Quanti si avvantaggiano convivendo con il caos o lasciando in permanenza una condizione di disordine? Quanti, nella cortina fumogena del caos, hanno perpetuato la proliferazione di piccoli affari?

Noi dobbiamo essere sinceri. È ingiusto che noi, centrodestra e centrosinistra, faccia-

mo lo stesso dibattito a parti rovesciate a seconda di chi governa e di chi fa l’opposizione. Facilmente si potrebbe chiedere al Presidente Palese perché queste meravigliose cose non le ha fatte nei dieci anni in cui aveva un’importante responsabilità di governo. Ma siamo al ping-pong polemico, che individua un solo pezzettino, ossia l’invadenza della politica, l’inappropriata presenza della politica nelle ASL e attorno agli ospedali, perché gli ospedali prima che a curare gli ammalati servono a curare gli elettori.

Se noi per un attimo sospendiamo le nostre passioni polemiche e l’idea di rinfacciarci reciprocamente le stesse cose, gli stessi vizi, e proviamo a radiografare le patologie del sistema sanitario, forse possiamo guadagnare qualche avanzamento.

Il territorio non nasce d’incanto e la territorializzazione dei servizi socioassistenziali non è un atto burocratico-amministrativo, è una rivoluzione culturale: spostare la salute dall’ospedale al territorio, cioè liberarci dall’idea che salute e sanità siano un’equazione, e immaginare che la salute sia l’insieme della rete ospedaliera che si occupa delle patologie nella loro fase acuta e della capacità del territorio, a 360 gradi, di migliorare la qualità della vita, di drenare le domande di salute che magari nascono da una condizione di miseria materiale o di solitudine o di abbandono di un anziano, tutte cose per le quali non serve il ricovero in ospedale ma un’organizzazione di solidarietà sociale, una rete, un abbraccio, serve altro. Ma questo come si fa? Con un colpo di bacchetta magica? È un processo, l’avete detto voi.

La Toscana ha dieci anni, la parte più violenta, in realtà quasi vent’anni per trasformare il proprio sistema della salute in un modello in cui c’è una ridottissima rete ospedaliera, altamente qualificata, e invece una diffusione capillare di servizi sul territorio che sono in grado di produrre un’interlocuzione con la singola persona, con il singolo vissuto, con la singola debolezza, come vorremmo fare anche noi.

Non dobbiamo nascondere nessuna delle criticità di oggi, ma la criticità delle criticità è che noi rischiamo il collasso se non adeguiamo gli organici per rendere corretto il rapporto tra domanda e offerta di salute. Come si può? Colleghi, ho passato più ore in ospedale che al mare nei venti giorni di vacanze di cui volevo usufruire. Negli ultimi quaranta giorni sono stato ogni giorno in qualche ospedale; ne ho girati molti. Devo dire che le tre o quattro ore che ho trascorso in ospedale per motivi personali – al “Vito Fazzi”, il Presidente Palese lo sa – sono state per me interessanti perché hanno rappresentato la possibilità di parlare con tutti, sia nel reparto di rianimazione, sia nel reparto di ortopedia, con tutti i medici, con i primari, con gli infermieri, di fare ogni sera, accanto al caffè, una miniassemblea con gli infermieri e poi di entrare nelle stanze degli altri ammalati, e poi nelle altre strutture, dopo il “Vito Fazzi”, quella che continuo a frequentare tutte le sere.

Ho scoperto intanto una cosa che non possiamo dare per scontata: ci sono una umanità e una professionalità straordinarie. Peccato che se c'è un atto barbarico, incivile, di un medico o di un infermiere fa notizia; non la fa, invece, il fatto che la stragrande maggioranza del personale che ho incontrato lavorasse in condizioni eroiche, ma con una grandissima umanità, con un'abnegazione e un disinteresse straordinari, e il fatto che tutti quelli che ho incontrato non mi hanno posto problemi personali, ma legati ai modelli organizzativi e alla possibilità di migliorarli, magari a costo zero, per offrire ai pazienti un altro livello di risposta.

Quando diamo la rappresentazione del sistema sanitario pugliese come se fosse quello di un'altra regione, innanzitutto feriamo il sentimento di questi operatori, che sono tanta parte e che andrebbero gratificati.

Quando il “Perrino” in un giorno ospita undici gravi ustionati non è possibile che i complimenti arrivino dal Presidente della Repubblica albanese. Voglio ricordare che, per

l'analoga vicenda della ThyssenKrupp di Torino, sei ustionati gravi dovettero sparpagliarli per tutto il nord Italia. Noi abbiamo accolto undici ustionati gravi albanesi e le loro famiglie tutti in un ospedale, con il supporto psicologico per ogni singolo parente, oltre l'accoglienza ai parenti.

Penso a ciò che diceva Ettore Attolini rispetto agli interventi di oggi, ma anche alle modalità con cui accompagniamo con misure di sicurezza sanitaria tutti i grandi eventi. La Notte della Taranta – e qui mi rivolgo ancora a Palese, perché era presente – è un bellissimo, straordinario evento di spettacolo, ma l'ospedale da campo, le attrezzature e l'organizzazione logistica che vi gravitano attorno sono di un livello straordinario.

Non dobbiamo pensare che innalzando il tono della polemica e dipingendo tutto di nero riusciamo a capire meglio dove sono i difetti e le criticità. Il difetto e la criticità prevalente sono in quel blocco del *turnover*. Partiamo male, partiamo sottodimensionati come organici, abbiamo il blocco del *turnover*, a cui si aggiungono gli effetti della riforma Fornero. In meno di due anni sono usciti dal sistema 4.700 addetti tra medici, paramedici e amministrativi, e ognuno di questi è un presidio fondamentale. Pensando agli amministrativi, come si fa a far scrivere bene un capitolato d'appalto in una ASL? Come si fa, una volta che si è trasferito di botto un miliardo di euro per pagare le aziende fornitrici delle ASL, a fare in modo che le ASL non si tengano i soldi in cassaforte e li trasferiscano a queste aziende? Parliamo di uno o due punti percentuali di PIL. Ma quella è la condizione in cui operano i dipendenti: sottodimensionati, non formati.

Il blocco del *turnover* è un crimine sociale. Impedire l'ingresso delle nuove generazioni significa ostruire la cultura organizzativa. Noi abbiamo bisogno che entrino negli ospedali i giovani appena laureati, perché si sono laureati su nuovi libri, su nuove tendenze culturali, sanno di più. Abbiamo bisogno che entrino

amministrativi che sanno navigare in internet, che hanno confidenza con gli strumenti tecnologici con cui oggi si fa l'amministrazione. Abbiamo bisogno di personale nuovo, perché un'amministrazione di qualunque tipo si sclerotizza e muore se non ha il ricambio, che invece qui è impedito. È innanzitutto ricambio culturale e poi organizzativo quello di cui abbiamo bisogno. Diversamente, il cambiamento è veramente un feticcio che noi inseguiamo propagandisticamente.

Il cambiamento è l'insieme di tante azioni, di tante responsabilità che si mettono in gioco da parte di tutti gli attori: la politica, che deve bonificare alcuni suoi atteggiamenti; il sindacato, che non può semplicemente difendere ogni frammento di corporazione. Esso fa un lavoro importante, ma qualche volta ha delle corresponsabilità nella gestione di una sanità che è in affanno e non si confronta con le sfide della modernità.

Inoltre, le caste professionali. Sono un labirinto di barriere architettoniche, culturali, castali, sociali che si frappongono al processo di cambiamento. Quindi, abbiamo da condividere un obiettivo, ma nel farlo dobbiamo stare attenti, perché se l'obiettivo è quello della reingegnerizzazione del sistema sanitario perché esso sia ridimensionato e qualificato in maniera radicale, non possiamo essere gli alleati del localismo.

Il localismo fa male agli ammalati, fa male ai cittadini. Non possiamo cavalcare il puledro di qualunque agitazione territoriale. Dobbiamo invece saper educare noi stessi a un discorso che miri alla qualità.

Signori consiglieri, penso che oggi possiamo far vivere la nostra passione anche come una pressione sulla deputazione parlamentare e sul Governo. È incredibile che lo sforzo che è stato fatto da questa Regione non venga oggi concluso con un approdo dignitoso, che per noi è la concessione delle deroghe. Noi abbiamo bisogno di immettere energie fresche nel sistema. Servono 600-700 infermieri, 500-600 medici, subito. Abbiamo bisogno di un

piccolo esercito che dia fiato a un sistema che per questa ragione innanzitutto è in affanno.

Credo che noi dobbiamo ripercorrere criticamente e analiticamente tutte le considerazioni che sono state fatte. Ce n'è una, quella espressa dal collega Surico, che ha un'intenzione molto costruttiva. Lui parla di una specie di cabina *bipartisan*.

Non penso che serva questo; capisco un po' di politica e penso che la sanità sia stata individuata dal centrodestra come l'oggetto fondamentale della contesa, per una ragione che considero frutto di un errore di lettura di quello che è accaduto in Puglia. Lo dico con sincerità e non per fare una scena. Penso che il centrodestra abbia letto male le vicende del 2005 e abbia visto nel 2005 il punto di svolta e di cesura, come effetto della demagogia della piazza che ha travolto la razionalità rigorista del Governo Fitto.

Penso, invece, che il 2005 debba essere letto in tutt'altra chiave e che quella sia stata una specie di narrazione popolare, naturalmente importante per le emozioni che generava, ma che la perdita del consenso sia legata alla rarefazione di una proposta di crescita globale del territorio, di crescita economica.

Voi avete perso, allora, nel rapporto con il sistema di impresa, nel rapporto con le giovani generazioni, dal punto di vista di un'idea del futuro. Penso che selezionare questo tema vi porti dentro una contraddizione – naturalmente lo dico come osservatore –, cioè il bisogno di agitare polemicamente il tema della sanità che non funziona o della malasanià.

Lei sa, essendo medico, Presidente Palese, che per ogni caso prima di parlare di malasanià bisogna avere la prova, perché ogni vicenda viene vissuta per l'emozione del fatto traumatico, perché hai perso un figlio, un genitore, e in quel momento hai quasi sempre il bisogno di cercare un colpevole e magari l'applicazione di un'investigazione seria dimostra che non c'era colpa, che non era malasanià, perché accade che si muore, oltre che si vive. Accade anche questo. So che per mol-

ti il pensiero è insopportabile, ma si muore. Quello della malasànità – lo capisco – è un tema che va agitato, ma contemporaneamente capisco che voi avete anche il problema di proporre in maniera credibile un pacchetto di buone azioni, utili ad aiutare il sistema ad uscire dalla sua crisi. Le buone azioni sono queste: aiutiamoci ad ottenere le deroghe, non c'è più ragione perché esse siano interdette. Bisogna capire se tutti convergiamo nello sforzo per ottenere le deroghe o se, invece, si immagina che è preferibile portare la condizione stressata degli organici verso una condizione di collasso.

C'è una responsabilità da condividere su questo piano. Questo è un tema storico e oggi emerge in una condizione di particolare urgenza e drammaticità. Ovviamente dobbiamo fare di più. Qualche giorno fa ho chiamato tutti i Direttori generali.

Presidente Palese, quando lei dice attraverso i giornali che si possono mettere nomi, cognomi e simboli dei partiti accanto ai *manager* un po' mi ribello, perché se ho una colpa grave è di aver teorizzato che qui non si doveva fare lo *spoils system*.

Il fatto di non aver consentito lo *spoils system* e di aver permesso la carriera anche a tecnici di chiara fama politica, avversari miei e della mia coalizione, invece di determinare un rilassamento della politica, perché non c'era un'appropriazione indebita di una maggioranza del territorio sanitario, ha forse determinato l'idea, talvolta, che bisognasse consentire in chiave *bipartisan* l'ingresso inappropriato nei territori sanitari.

Ho detto ai signori Direttori generali – che sono stati selezionati secondo un modello che ora verrà applicato in Sardegna e che il Ministero della salute indica a tutte le Regioni d'Italia come il modello più avanzato d'Italia: la formazione, la selezione, ancora la formazione e l'ulteriore selezione – che siccome il contesto in cui viviamo dice che si sta incendiando il clima dal punto di vista elettorale, qualora non avessero fatto mente locale al

problema dello sbarramento delle ASL e degli ospedali alla politica a 360 gradi, d'ora in poi sappiamo che devono agire con il semaforo rosso. Questa è la prima cosa che ho raccomandato fortemente.

Ma voi avete una chiave, una formula, una ricetta? Io non ce l'ho, se non quella di praticare o di aver praticato personalmente una forma integrale di astinenza. Capite bene che il punto riguarda la convergenza a un'idea: giù le mani dalla sanità. E non riguarda solo la politica, ma anche le imprese. Alcuni imprenditori sono sempre in cattedra, impartiscono lezioni di etica pubblica, ma verrebbe da obiettare che se ci sono dei corrotti ci sono dei corruttori. Non si può parlare sempre e solo dei corrotti, qualche volta bisognerà parlare anche dei corruttori e di un certo assedio affaristico che riguarda le ASL per qualunque appalto, per qualunque circuito di denaro.

Poi c'è il problema della rete dei piccoli e grandi privilegi delle corporazioni interne all'organizzazione sanitaria.

Ecco, non abbiamo compiuto la rivoluzione; abbiamo messo alcuni paletti, abbiamo cominciato un cammino di quelli perigliosi e complicati. Abbiamo avuto ogni giorno un intralcio, ma noi dobbiamo decidere se condividiamo l'idea che il cambiamento in sanità è una complessità che chiama in causa tanti ingredienti e tutte le nostre volontà.

Da questo punto di vista, penso che dovremmo cogliere la straordinaria onestà con cui l'assessore Attolini ha proposto il tema del rischio che il sistema sanitario, se venisse ulteriormente stressato, corre. Tuttavia, non decontestualizzate questa questione: leggete le pagine di cronaca locale dei giornali della Lombardia sulla malasànità, su quello che accade in alcuni ospedali; leggete i giornali del Piemonte, i giornali del Veneto, i giornali del Lazio – non ve lo dico per carità di patria – o i giornali della Campania.

Siamo in un contesto in cui nella Capitale è difficile trovare un pronto soccorso aperto o è difficile sentirsi rassicurati dall'ombrello della

protezione sanitaria. In questo contesto lottiamo con le unghie e con i denti per salvaguardare la salute dei pugliesi. Dobbiamo guardare all'essenziale, sapendo che ci sono mille vertenze aperte, legittime, che sono difficilmente governabili; se noi abbiamo avuto i finanziamenti dallo Stato per tenere in vita un progetto utile e indispensabile, nel momento in cui finiscono i finanziamenti dello Stato e finiscono per quel progetto, mentre diminuiscono i finanziamenti alla sanità, mentre tagliano tutto il fondo per la non autosufficienza, mentre tagliano trasferimenti essenziali per dare risposte ai diritti dei cittadini, che cosa si fa?

A ogni platea che protesta dirò che ha ragione, la colpa è dell'altro. Il punto è politico e culturale. L'*austerità* fatta piegando i sistemi pubblici di offerta di salute, di offerta di educazione, di offerta di previdenza, è un'*austerità* che fa male all'economia e ai diritti delle persone. Noi, oggi, siamo in una condizione nella quale non solo torna la povertà come una questione centrale, in Italia e in Europa, ma essa è fatta molto di difficile esercizio del diritto alla salute.

Dice il Censis che nove milioni di italiani non si curano più perché curarsi costa troppo. È la condizione in cui siamo collocati. Bisogna sapere se questa è una deriva e se abbiamo gli strumenti per fermarci. Se non li abbiamo vuol dire che abbiamo fatto un'altra scelta politica e culturale, quella di far crepare il sistema pubblico della sanità per portare il diritto alla salute nel piccolo rettangolo di un bancomat o di una polizza privata di assicura-

zione. È il modello che ha funzionato in Nord America malissimo, producendo tragedie di ogni tipo.

Dobbiamo sapere che questo è l'esito fatale. Allora, oltre ai problemi specifici della ASL di Foggia, della ASL di Brindisi o dell'ospedale di non so dove, oltre ai problemi generali della fatica di costruire il cambiamento scuotendo pigrizie, indolenze, ricatti piccoli e grandi che sono dentro al sistema, abbiamo bisogno di sapere quanto dovrà subire in termini di tagli la sanità l'anno prossimo, se due o dieci miliardi di euro. Significa che si sta decidendo di smantellare il sistema pubblico della sanità. La considero una lesione dei principi della nostra Costituzione, una svolta regressiva nella storia della nostra società.

Per quello che sarà possibile, spero che insieme, centrosinistra e centrodestra in Puglia, che hanno dato lezioni di buona politica su tutte le vicende più dure e delicate che abbiamo dovuto affrontare, potranno condividere anche una battaglia a difesa del servizio sanitario nazionale, del suo onore e del fatto che, nonostante tutti i difetti, i limiti e le contraddizioni, è il miglior servizio sanitario del mondo.

Penso che questa, come direbbe san Paolo, sia una buona battaglia. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie, Presidente Vendola.

Il Consiglio tornerà a riunirsi martedì 2 ottobre.

La seduta è tolta (ore 18.30).