

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

---



**RESOCONTO INTEGRALE**  
**della seduta consiliare**  
**DI GIOVEDI' 8 FEBBRAIO 2001**  
**28.**

---

PRESIEDE IL PRESIDENTE  
**MARIA CLARA MUCI**

**INDICE**

---

**Problematiche e prospettive**  
**del Servizio sanitario**

---

---

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

---

**La seduta inizia alle 21,15**

*Il Presidente Maria Clara Muci con l'assistenza del Segretario Generale dott. Ennio Braccioni, procede alla verifica del numero dei consiglieri intervenuti, e l'appello nominale dà il seguente risultato:*

GALUZZI Massimo — Sindaco	presente
BALDUCCI Giuseppe	presente
BARTOLUCCI Raniero	presente
BASTIANELLI Valentino	presente
BRAVI Adriana	assente
CECCARINI Lorenzo	presente
CIAMPI Lucia	presente
COLOCCI Francesco	presente
EDERA Guido	presente
FATTORI Gabriele	presente
FOSCHI Elisabetta	presente
GAMBINI Maurizio	assente
MAROLDA Gerardo	presente
MECHELLI Lino	presente
MUCI Maria Clara — Presidente	presente
MUNARI Marco	presente
PANDOLFI Claudia	presente
ROSSI Lorenzo	assente
SERAFINI Alceo	presente
TORELLI Luigi	presente
VIOLINI OPERONI Leonardo	presente

*Accertato che sono presenti n. 18 consiglieri e che risulta pertanto assicurato il numero legale, il Presidente dichiara aperta la seduta.*

*Prendono altresì parte alla seduta gli Assessori Donato Demeli, Massimo Guidi, Lucia Spacca, Marco Spalacci.*

### **Problematiche e prospettive del Servizio sanitario**

PRESIDENTE. Signore e signori, questa sera il Consiglio comunale è diverso dai soliti cui siamo abituati ad assistere. E' un Consiglio monotematico e il tema trattato è quello della sanità.

Periodicamente abbiamo fatto altri Consigli — esattamente lo scorso anno l'ultima volta — su questo tema, ci eravamo ripromessi di risentirci a breve periodo. Nel frattempo i gruppi consiliari e la Giunta si sono incontrati con la direzione generale per trattare i temi che credo stiano a cuore a tutta la cittadinanza. Prima di passare la parola al Sindaco voglio ringraziare tutti i presenti, voglio ringraziare il direttore generale dott. Ciro Mingione perché è sempre molto disponibile e ogni volta che viene chiamato a confrontarsi con la cittadinanza, con il Consiglio comunale, con i consiglieri e la Giunta è sempre presente, il dott. Carmine Di Bernardo, il dott. Lucio Lucchetta, la responsabile del servizio infermieristico, tutti gli operatori presenti e tutto il pubblico presente.

Purtroppo l'assessore regionale dott. Augusto Melappioni, che ci aveva garantito di essere presente questa sera, non ha potuto mantenere il suo impegno in quanto c'è stato il Consiglio regionale fino a poco tempo fa.

Do la parola al Sindaco per l'introduzione alla discussione.

MASSIMO GALUZZI, *Sindaco*. Anch'io ringrazio tutti per la partecipazione al Consiglio comunale e ringrazio il direttore generale Ciro Mingione e i suoi collaboratori: il direttore sanitario Carmine Di Bernardo e tutti gli altri. Voglio ringraziare anche Roberto Tontini per la sua presenza come consigliere regionale, molto opportuna, perché le questioni della sanità sono strettamente legate agli indirizzi, alle politiche, all'orientamento che viene perseguito a livello regionale. Lo ringrazio quindi per la partecipazione e per l'attenzione che mostra ai problemi della sanità, come anche in altri momenti. Dispiace anche a me che non sia presente l'assessore Melappioni, credo però che le giustificazioni siano più che valide, nel senso che fino a poco tempo fa, come ha detto la Presidente, c'è stato il Consiglio regionale, l'assessore mi ha telefonato dicendo che è dovuto rimanere in Regione anche per la situazione che esiste in Ancona per altri motivi e si è detto disponibile ad ulteriori incontri. Oltretutto abbiamo in mente di fare un'assemblea pubblica, di qui a qualche tempo, organizzata dall'Amministrazione comunale, alla quale credo che la presenza dell'assessore sarà senz'altro gradita.

Dico alcune cose ad introduzione — poi interverrà il direttore generale — per illustrare la situazione relativa ai problemi delle strutture sanitarie nel nostro comune, ma anche per quanto riguarda il territorio dell'azienda cui facciamo riferimento. Non credo che possiamo vedere le questioni della sanità solo in riferimento alla situazione locale, ma vanno inquadrare in un sistema più generale da cui anche le questioni locali discendono.

Arriviamo a questo Consiglio comunale, ne sono stati fatti altri, io credo che sia un metodo giusto, altre volte è stato sollecitato dal Polo, su questo ci intendiamo, siamo d'accordo. Credo sia giusto affrontare anche situazioni specifiche. L'abbiamo fatto anche in altri momenti l'anno scorso, altre volte, cercando di fare il punto, di approfondire, di esaminare i problemi, anche di sottoporre alla direzione aziendale le questioni che ci stanno di fronte per concorrere alla soluzione dei problemi. I problemi in questo senso a maggior ragione non hanno un colore. Credo sia il buon senso che dovrebbe indicare — e tanto spesso indica, perché su queste questioni ci sono posizioni comuni, oltre che punti di vista differenti — la necessità di cercare la soluzione rispetto ai problemi. La salute dei cittadini deve essere vista come prioritaria, al di là delle questioni di schieramento o di partito.

Arriviamo al Consiglio comunale, questa volta, anche con un lavoro di istruzione, di confronto, di discussione, perché nelle settimane scorse, nei mesi scorsi abbiamo fatto tutta una serie di incontri che credo possano aiutare anche i consiglieri comunali ad avere una serie di elementi in più per discutere questa sera con il direttore, per fare presenti situazioni e per vedere come ci muoviamo ulteriormente, perché non si esaurisce questa sera l'esame delle questioni e il perseguimento delle soluzioni. Ci dovrà essere tutto il lavoro successivo, soprattutto.

Abbiamo fatto una serie di incontri con la Conferenza dei sindaci del territorio — anche oggi pomeriggio c'è stata — dove si discutono questioni complessive territoriali ma anche le questioni che riguardano Urbino. Un incontro quando a suo tempo si era insediata la Giunta regionale, con l'assessore Melappioni, alcuni

incontri della Giunta con la direzione aziendale, un incontro di tutti i consiglieri comunali con la direzione aziendale dove sono state discusse tutta una serie di questioni, un incontro delle associazioni con la Giunta comunale e la direzione aziendale, molto opportuno. Ci sono qui alcuni rappresentanti delle associazioni che ringrazio per la loro presenza e per come seguono le questioni della sanità. Ci sono stati alcuni incontri della conferenza di distretto, anche se ancora non è nelle sue piene funzioni perché non c'è il regolamento regionale. Farò poi riferimento a un elemento in più, non per sovrapporre gli organismi, ma sapete che il distretto ha una sua funzione specifica prevista dalla legge di riordino: la conferenza dei sindaci del distretto che devono guardare non a tutte le questioni della sanità ma ai problemi complessivi che fanno capo al distretto. Sono stati fatti alcuni incontri anche prima di quello di questa sera, fra noi, Petriano e Montecalvo — il distretto, territorialmente, è questo — e ci sono stati diversi incontri da parte mia con il tribunale dei diritti del malato. Ma ci sono state iniziative pubbliche, anche recenti, che poi hanno aiutato a discutere con i cittadini, a mettere più al centro le questioni. Credo che questo lavoro sia propedeutico, questa sera, ad affrontare meglio le questioni ed anche più rapidamente. Io cerco di farlo molto velocemente, proponendo al direttore alcuni elementi di riflessione che sono venuti anche da questo lavoro, da questo confronto cercando di fare una scaletta affinché il direttore possa dare alcune risposte anche nel merito.

Non vengo per questo a ragionare sui problemi più generali riguardanti la sanità. Ci sono qui i consiglieri comunali e altre volte li abbiamo discussi, ci sono molti addetti ai lavori, credo ci siano elementi di conoscenza sul fatto che si sono maturati molti aspetti riguardo alla sanità. Fino a qualche anno fa c'era molto più il concetto della ospedalizzazione e anche noi, tutti quanti, avevamo molta più attenzione rispetto alle strutture ospedaliere e non riguardo a tutto il resto. Oggi c'è un concetto che recupera l'attenzione al territorio — quindi medicina preventiva, medicina del lavoro, dell'ambiente, medicina di base ecc. — anche se

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

non tralascia il ragionamento sulla questione delle strutture ospedaliere.

Eravamo abituati, per quanto riguarda le strutture ospedaliere, a ragionare sempre e comunque di numero di posti letto — io ho una breve esperienza, perché facevo parte del comitato di gestione della Usl a suo tempo — e la battaglia era sempre quella di contare i posti letto. Mi pare che oggi non sia più questo il ragionamento, se si vuole avere un confronto con criteri che valgano rispetto al servizio sanitario ma occorra valutare la qualità delle prestazioni, il modo come le strutture rispondono con efficienza e qualità ai problemi dei cittadini. Mi pare che sia molto più questo l'aspetto che oggi dobbiamo tenere in considerazione.

Seconda questione. In questa Asl vi è sempre stata una anomalia. Prima c'era un'anomalia nell'area interna perché vi erano più Asl con più strutture ospedaliere, oggi c'è una Asl che al proprio interno ha più strutture ospedaliere: Urbino, Cagli, Sassocorvaro, altre strutture che hanno altri compiti come Urbania, Sant'Angelo, Macerata Feltria, ma principalmente Urbino, Cagli e Sassocorvaro.

Questa è una anomalia, se si dovesse ragionare in questo senso, per il territorio vastissimo di competenza della Asl. Per esempio questa sera, discutendo nella conferenza dei sindaci del bilancio preventivo delle aziende si faceva riferimento alla specificità: credo sia uno degli elementi che dobbiamo mettere con grande forza all'attenzione della Regione. E' chiaro che se si vogliono mantenere i servizi, per la conformazione del territorio, per la difficoltà dei collegamenti, per le anomalie che ho detto c'è un costo maggiore, ma questo lo dobbiamo far capire alla Regione perché si comprenda che non ci può essere un conto matematico che non tenga conto di questi aspetti e vada ad equiparare situazioni che non possono essere equiparate perché hanno altri parametri su cui ragionare. Quindi il territorio molto vasto è un aspetto rilevante, un'anomalia. Ho parlato di organizzazione delle strutture ospedaliere nel modo che indicavo.

Abbiamo detto anche in Consiglio comunale che questo non deve portare a uno scontro che sarebbe uno scontro territoriale fra poveri — Urbino che fa la battaglia con Sassocorvaro

e con Cagli — ma che ci doveva essere una considerazione delle esigenze complessive, un ragionamento sul funzionamento coordinato delle strutture in questo territorio e soprattutto sulla qualità che queste strutture dovevano avere. Io credo molto a questi due elementi. Da un po' di tempo ci siamo messi in quest'ottica, si sono superati molti campanilismi, c'è un ragionamento oggettivo sulla organizzazione della sanità in un territorio come il nostro. Per esempio questa sera nella Conferenza dei sindaci siamo riusciti a ragionare attorno a una visione comune del potenziamento complessivo della sanità per quello che ci deve essere a Cagli, a Sassocorvaro, ma anche per quella che deve essere la struttura ospedaliera di Urbino. Urbino è l'ospedale di rete, deve essere messo in grado di fare le funzioni dell'ospedale di rete, quindi deve avere tutte le strutture qualificate e i servizi necessari affinché sia per davvero punto di riferimento del territorio, ospedale di rete.

Per queste ragioni sono stati fissati degli obiettivi a suo tempo, all'inizio di questa esperienza di direzione aziendale, negli anni passati, nel momento in cui abbiamo cominciato a ragionare in modo nuovo di fronte a questi aspetti. Non credo che si possano fare generalizzazioni. "Le cose funzionavano meglio venti anni fa", "non funziona niente dentro l'ospedale e nei servizi sanitari"... Non credo assolutamente che le questioni possano essere impostate in questo modo. Ci sono cose che funzionano adeguatamente — una serie di strutture, di reparti e di servizi — e ci sono realizzazioni positive che sono state portate avanti in questa fase. Potrei parlare delle strutture sul territorio, per esempio la nuova sede, il nuovo funzionamento del distretto; del dipartimento di salute mentale con il Cim, la psichiatria, la residenza di Varrea; il centro di continuità assistenziale; una serie di obiettivi che sono stati raggiunti e che credo diano un contributo ad un migliore funzionamento della sanità in questo senso che guarda ai problemi del territorio. Così come risultati positivi per quanto riguarda una serie di strutture. Potrei dire un reparto come quello di oncologia, oppure le nuove strutture del pronto soccorso, oppure una delle battaglie che anche la città, questo Consiglio comunale si era fissato come fonda-

mentali: la realizzazione del servizio Tac. Oppure, una cosa che è stata messa in funzione in questa fase, le Potes medicalizzate. Credo che siano aspetti che sono andati avanti opportunamente e che siano risultati positivi.

Ci sono alcuni punti critici. Non si può dipingere tutto rosa, ci sono alcune cose che funzionano adeguatamente, ci sono risultati che sono stati raggiunti, ci sono alcuni punti critici che debbono essere superati, per esempio il funzionamento di alcuni reparti, una cosa che il direttore chiama "umanizzazione": credo che qui ci sia ancora molto da lavorare per come l'utente sente la struttura ospedaliera, il servizio sanitario come proprio. Credo che qui ci sia molto da lavorare, l'abbiamo detto anche in sede di incontro dei consiglieri comunali con la direzione. Questo è un fatto fondamentale. E' chiaro che conta se il servizio funziona, ma conta anche come il cittadino si sente nel momento in cui si rivolge al servizio. Alcuni reparti, lavorare sulla umanizzazione, lavorare ancora sui tempi d'attesa rispetto a una serie d'interventi, di tempi di analisi ecc. Credo che questo sia un terzo punto su cui ancora dobbiamo operare.

Per queste ragioni è necessario ottenere alcuni ulteriori risultati che non sono stati ancora raggiunti, ma che spero possano essere presto raggiunti.

Il Consiglio comunale aveva unitariamente come grande fatto necessario e positivo la realizzazione della rianimazione, anche con un ordine del giorno specifico votato da tutti e inoltrato al direttore, oltre che seguendo continuamente questa questione. L'attivazione del servizio di rianimazione credo che sia una cosa fondamentale a questo punto. La verifica dei risultati del funzionamento dei reparti. Nel colloquio che abbiamo avuto come consiglieri comunali con il direttore questa è stata una questione fondamentale. Abbiamo detto al direttore: bisogna darsi gli strumenti per verificare, controllare come funzionano i reparti; se non funzionano bisogna assumere i necessari provvedimenti che sono di competenza non del Consiglio comunale o del Sindaco ma della direzione. Competenza del Consiglio comunale e del Sindaco è quella di far presenti queste cose. Mi sembra che anche qui, con l'istituzio-

ne del nucleo di valutazione e altre situazioni, ci si sia attivati. E sarebbe un fatto positivo. Il lavoro sulla umanizzazione e sulla organizzazione della struttura ospedaliera e dei servizi sanitari. Il lavoro sui tempi di attesa. Questi ulteriori obiettivi mi sentirei di porre come Sindaco alla direzione aziendale, senza dipingere tutto rosa, distinguendo bene le cose che ritengo siano positive, gli obiettivi che sono stati in parte raggiunti o raggiunti e le cose su cui c'è ancora da lavorare, alcuni punti critici e gli obiettivi ancora da perseguire.

Non sfuggo a una questione che è stata discussa in questi giorni per la quale c'è qualche preoccupazione, cioè la questione della presunta ventilata chiusura dei reparti di otorino e oculistica. Spero proprio che non sia così, spero proprio che le difficoltà, se ci sono, siano superate e che non si chiuda niente, perché questo chiedo come Sindaco, questo è quello che chiede il Consiglio comunale. Ho visto le risposte della direzione generale, mi rassicurano, compito del Sindaco e del Consiglio è quello di stare continuamente attenti e di seguire le questioni, per quanto mi riguarda lo farò, credo che il Consiglio comunale lo farà senz'altro. Dico questo perché penso che otorino e oculistica siano strutture importanti per quanto riguarda l'ospedale della nostra città e del territorio, perché in questo caso a maggior ragione non riguarda soltanto la città ma riguarda il territorio.

Non è problema che il piano sanitario decide che si chiude otorino oppure oculistica. Nel secondo piano sanitario approvato tre anni fa, otorino e oculistica come reparti non ci sono, quindi non è una cosa che si scopre o si inventa adesso ma è una cosa che si conosceva. Il piano sanitario dava facoltà alla direzione aziendale di formulare un piano strategico per mantenere quello che la direzione aziendale, al di là delle risorse che mette a disposizione il piano sanitario, decide di mantenere. Allora ci battemmo con forza, come Consiglio comunale e Conferenza dei sindaci e si ottenne dalla direzione aziendale, con piena convinzione della stessa, che nel piano strategico fosse mantenuta la piena funzionalità dei reparti di oculistica e di otorino, e così stanno le cose. Allo stato dei fatti il piano strategico prevede che otorino e

oculistica funzionino come reparti e così io credo che debbano rimanere le questioni, perché sono reparti estremamente importanti per il discorso più complessivo che ho fatto.

Ripeto, prendo atto delle assicurazioni che ci dà il direttore, però staremo attenti, vigili, continueremo a seguire questa questione perché la ritengo importante.

Sul territorio ci sono fatti nuovi. Approfitto della presenza del consigliere Tontini per dire che il regolamento sulle conferenze dei distretti per il loro funzionamento va fatto, perché altrimenti le conferenze di distretto non possono operare. Non è detto che se operano risolvono tutti i problemi, però sono lo strumento previsto dalla normativa perché gli enti locali possano entrare nel merito di alcune situazioni. Un fatto nuovo è la legge sulla assistenza e sugli ambiti. Credo che anche di questo i consiglieri siano a conoscenza. Sapete che la nuova legge sull'assistenza ha stabilito ambiti territoriali di governo dei problemi dell'assistenza che coincidono, per quanto riguarda la nostra Asl, con i distretti. Bisogna attivarsi, bisogna coordinare, bisognerà trovare il modo di applicare la legge regionale e procedere in questa direzione affinché, se è vero che la legge è stata fatta per una maggiore efficacia nei confronti del sistema dell'assistenza, sia questo e non un'ulteriore burocrazia per non arrivare a discutere i problemi.

La collaborazione che ci deve essere fra le istituzioni, in questo caso fra Amministrazione comunale e azienda. Credo che la collaborazione vi debba essere anzitutto sulla questione dell'Adi, da far interagire con l'assistenza sociale che fanno i Comuni, ma questo è un problema che deve essere seguito di pari passo da Azienda e Comuni. Ci deve essere collaborazione per la casa albergo. Il Consiglio comunale ha discusso altre volte la questione dell'assistenza sanitaria infermieristica all'interno delle residenze per anziani. Posso dire che si è raggiunto un accordo, anche sulla base dell'intesa siglata a livello di Comunità montana affinché l'assistenza infermieristica e sanitaria per quanto riguarda la nostra casa albergo d'ora in avanti faccia carico esclusivamente alla Asl. E' un risultato raggiunto, una collaborazione necessaria. Si sono firmate le convenzioni con

le Comunità montane per quanto riguarda le prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Anche questo è un passo avanti e un forte impulso verso una integrazione e collaborazione. In questo caso Asl, Comuni e Comunità montane. Stiamo portando avanti una serie di altre iniziative che possono andare nel senso di una ulteriore collaborazione, sul piano dell'assistenza ma non soltanto. Per esempio con gli strumenti del telesoccorso che abbiamo messo nei bilanci comunali, per esempio con la nuova struttura per anziani che vogliamo andare a realizzare e che prevede la Rsm realizzata dalla Asl e gestita dalla Asl ma integrata con la struttura che deve andare a realizzare il Comune. Per esempi, alcuni progetti che stiamo portando avanti nello specifico con la struttura residenziale di Varrea. Abbiamo messo a bilancio una cifra, come Comune, per portare avanti un progetto di collaborazione e per aiutare le persone disagiate in quella situazione, attraverso anche prestazioni di servizi e integrazione sociale cui il Comune ha fatto fronte. Credo sia una cosa positiva.

Per quanto riguarda le strutture credo che il Consiglio comunale debba seguire con attenzione il completamento della nuova ala dell'ospedale. Questa non è una cosa qualsiasi, perché significa un impegno finanziario di miliardi. E' chiaro che un obiettivo fondamentale per quanto riguarda le strutture è questo.

Ultima questione, ma fra le prime, il rapporto che Amministrazione comunale e Asl debbono avere con i cittadini e con le associazioni. Con le associazioni innanzitutto, che poi sono l'espressione dei cittadini. Come Sindaco voglio qui ringraziare la miriade di associazioni che di fronte ai problemi assistenziali, sociali, sanitari sono estremamente attente e debbo dire che danno un grande contributo alla soluzione dei problemi, a un ragionamento costruttivo, non soltanto critico o distruttivo. Credo abbia fatto bene l'Azienda a cogliere questo aspetto e a dare le strutture, le sedi, ad agevolare il lavoro delle associazioni. Abbiamo associazioni come l'Avis che — me l'hanno detto questa mattina, quando sono andato a fare una donazione — hanno aumentato gli iscritti quest'anno, soprattutto giovani. E questo è un campanello positivo nel momento in

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

cui c'era un trend di difficoltà. Abbiamo nuove associazioni come il tribunale dei diritti del malato che sta sempre dietro queste questioni, o come l'ANT che è nata adesso, che sono importantissime e a cui facciamo bene a dare un ancora maggiore sostegno e contributo.

Sono stato lungo anche questa volta, mi succede sempre così, non sono un grande esperto delle questioni di sanità, però sono importanti, in parte mi appassionano, sono problemi estremamente rilevanti, ho detto la mia opinione come Sindaco, per quanto mi riguarda mi muoverò in aggiunta alle correzioni che mi faranno i consiglieri comunali nel dibattito. Vi ringrazio.

**PRESIDENTE.** Grazie signor Sindaco, anche perché è stato un po' più breve del solito.

Passo la parola al direttore generale dell'Azienda Usl n. 2 di Urbino dott. **Ciro Mingione**.

**Dott. CIRO MINGIONE, Direttore generale azienda Usl n. 2 di Urbino.** Grazie per l'invito che accolgo molto volentieri. Con i consiglieri comunali abbiamo avuto modo di vederci qualche mese fa e abbiamo avuto l'occasione di discutere di alcuni problemi, di confrontarci. Ritengo sempre molto utili questi confronti, perché da essi possono venire a noi che lavoriamo in un campo così difficile come la sanità, grossi contributi e sulle cose che abbiamo discusso l'altra volta come consiglieri comunali noi abbiamo già cominciato a lavorare. Questa sera volevo approfondire perché l'occasione è ghiotta, nel senso che la prima riunione che facciamo pubblica con la città e con i consiglieri comunali può essere l'occasione per fare il punto della situazione rispetto all'altra volta e magari, insieme, poter prospettare il lavoro futuro. Noi cercheremo di dare delle indicazioni, ci farà molto piacere se il Consiglio comunale potrà approfondire le informazioni che diamo, addirittura può anche stravolgerle.

In quest'ottica cercherò molto velocemente di passarvi delle informazioni con il solo scopo che queste informazioni rappresentino una base di discussione per il dibattito che seguirà. Ovviamente cercherò di dare anche

delle risposte al Sindaco e a tutti voi che le chiederete.

Il Sindaco diceva che sarebbe opportuno che ci facessimo sentire in Regione. E' presente il consigliere regionale Tontini e ne approfitto anch'io perché questa è veramente una realtà molto difficile, una realtà complessa. In Regione lo si dice, lo sento dire dai sindaci, lo sento dire dai cittadini, lo sento poco dire nei fatti. Quando ci sono gli atti importanti che in qualche modo riconoscono questa complessità, li siamo meno attenti, nel senso che quando andiamo a fare la ripartizione del fondo sanitario regionale alle varie aziende siamo uguali a tutti quanti, anzi in qualche caso noi siamo anche troppo buoni, nel senso che ci dobbiamo preoccupare dell'intero sistema regionale, e allora lì la complessità si va a far benedire e noi poveretti, tutti quanti, dobbiamo lavorare con gli stessi finanziamenti che ha un'azienda della nostra stessa popolazione, con una complessità di gran lunga inferiore alla nostra. Questo è un problema perché noi abbiamo grandi ambizioni, questa città ha grandi ambizioni, questo territorio ha grandi ambizioni e noi abbiamo il dovere di concretizzare queste ambizioni nel senso di garanzia della salute, però i soldi ci servono, non possiamo fare tutte queste cose risparmiando, le dobbiamo fare utilizzando bene i soldi, ma per utilizzarli bene li dobbiamo avere. Quindi accolgo molto volentieri l'invito del Sindaco, lo trasmetto al consigliere regionale e dire che dobbiamo cominciare a farci sentire un po' su questo argomento.

La complessità l'abbiamo schematizzata in queste poche righe e voi la conoscete bene, però vale la pena ricordare soprattutto alcune cose. La superficie: 1.473 chilometri quadrati, una cosa immensa, se pensate che da Cantiano a Sassofeltrio impiego quasi una giornata e sono le due punte estreme dell'azienda vero l'Umbria o verso la Romagna, con una densità di 54,4, una delle più basse, quindi con una popolazione molto diffusa sul territorio. Ma gli ultimi tre indici sono quelli che ci devono preoccupare moltissimo. C'è un trend verso l'invecchiamento altissimo. Rispetto alla costa, ma rispetto all'Italia è il secondo o terzo, con una popolazione di età superiore ai 65 anni superiore al 23%. Questo ci può far piacere,



campiamo più a lungo, ma ci pone problemi di organizzazione e di programmazione sanitaria a cui non eravamo abituati, perché eravamo abituati a programmare e organizzare per fasce d'età molto più giovani.

In questi tre anni e mezzo in effetti qualche cosa abbiamo fatto. Partendo dai livelli di assistenza che sono quelli previsti dal piano — per esempio l'assistenza ospedaliera — siamo partiti da una situazione, nel 1997, ma meglio ancora all'inizio del 1998 — perché siamo arrivati alla seconda metà del 1997 — per cui c'erano tre strutture ospedaliere — Cagli, Sassocorvaro e Urbino — non affatto collegate con ruoli e funzioni. Avevamo una mancanza di dipartimentalizzazione. Attualmente queste due cose sono state affrontate e definite, con l'accordo anche di tutte le Comunità montane. Oggi non abbiamo più tre ospedali, oggi abbiamo un solo ospedale. Qui c'è stata una battaglia enorme fatta nella Conferenza dei sindaci e fatta con gli operatori. Alla fine tutti abbiamo concordato e capito che forse era la strada da seguire e oggi possiamo dire tutti, convinti, che abbiamo un unico ospedale capace di dare tre risposte su tre sedi, perché tre sono le realtà diverse di questa azienda, quindi abbiamo due realtà di periferia rispetto al centro che hanno un ruolo fondamentale e un compito: quello di rispondere immediatamente alla specialità di base e alla malattia ad alta incidenza, quelle molto frequenti. Sono dei capisaldi, dei baluardi perché fronteggiano zone di frontiera come l'Umbria e la Toscana o come l'Emilia Romagna e San Marino. Quindi questi ospedali oggi, razionalizzati, riorganizzati danno queste specialità di base e insieme concorrono ad armonizzarsi con l'ospedale di rete, riconosciuto tale da tutti, che è quello di Urbino il quale è deputato a un altro ruolo: soprattutto a garantire a tutti, anche a quelle due sedi, l'urgenza e l'emergenza e le attività specialistiche. Noi questo siamo riusciti a farlo: oggi c'è collegamento, oggi c'è scambio di professionisti che vanno da un ospedale all'altro, quindi questo è un risultato soddisfacente, anche se bisogna lavorarci moltissimo, dobbiamo lavorare sulla qualità, perfezionare. E' però un primo risultato che abbiamo raggiunto e che possiamo migliorare.

Avevamo un elevatissimo tasso di ospedalizzazione, quando siamo arrivati, il 256 per mille. Pensate che a livello italiano l'indice di riferimento è 160 per mille. La Regione Marche, tenendo conto che esiste una popolazione di anziani i quali consumano più risorse e più ricoveri delle regioni giovani, ha definito 180 per mille il nostro tasso di riferimento. Noi siamo partiti da 256. Che lettura dovevamo dare a quel tasso? I motivi possono essere tanti — siamo abituati ad andare in ospedale, i medici mandano in ospedale — ma uno è sicuro: si va in ospedale perché non si sa dove andare, si va in ospedale perché lì solo, probabilmente, troviamo la risposta ai nostri problemi. E allora significa che sul territorio i sistemi cosiddetti alternativi non ci sono. Questo è il dato che ci ha fatto riflettere di più e abbiamo evitato di concentrarci sulle altre cause.

Abbiamo detto: se dobbiamo ridurre il tasso di ospedalizzazione lo possiamo fare solo se cominciamo a lavorare sul territorio. Oggi il tasso è 2,02 per mille, significa che in tre anni noi abbiamo ridotto il tasso di ospedalizzazione di 54 punti, significa 4.500 ricoveri in meno, all'incirca, su una popolazione di 84.000 utenti. Questo è stato possibile soprattutto perché abbiamo cominciato a lavorare sui cosiddetti sistemi alternativi di cui dopo vi dirò.

Un'altra cosa importante è che questi ospedali avevano una carenza tecnologica sostanziale, perché non avevano neanche gli standard operativi tecnologici, mancavano gli elettrocardiogrammi nei piani, i carrelli per l'emergenza nei reparti, gli standard minimi. In tre anni abbiamo investito più di 6 miliardi in tecnologia, nei tre ospedali. E' una cifra considerevole. Oggi l'ospedale di Urbino, come gli altri due ospedali, può ritenersi soddisfatto perché ha tutta la tecnologia necessaria per la funzione che deve svolgere, sia a Urbino che a Cagli e Sassocorvaro. Abbiamo completato la dotazione organica perché c'erano delle carenze nei primari. Oggi non c'è nessuna unità operativa priva di primari e non ce ne sarà nemmeno in futuro.

Per Urbino nello specifico, abbiamo messo in piedi un dipartimento di emergenza-urgenza che è il compito principale dell'ospedale di rete. Se non facciamo questo non possiamo

essere certificati come ospedale di rete. Siccome tutti ci hanno sempre detto che uno dei primi obiettivi era quello di fare l'ospedale di rete, dovevamo fare necessariamente il dipartimento di emergenza-urgenza. Oggi abbiamo un dipartimento strutturato, funzionante, transmurario, nel senso che è sia territoriale che ospedaliero. Abbiamo attivato la Tac che era un altro elemento importante per poter essere certificati quali ospedali di rete. Abbiamo oggi una soddisfacente tecnologia per la ex radiologia, che oggi si chiama "diagnostica per immagini". Siamo oggi in grado di avere una tecnologia tutta digitalizzata, con archivi ottici, siamo in grado di collegarci con le altre radiologie, con tutte le strutture con cui riteniamo utile collegarci attraverso la trasmissione di immagini: non viaggiano più le lastre, viaggiano le immagini. Oggi siamo in grado di fare questo, per cui questo ospedale è un ospedale di rete di tutto rispetto poiché ha e doveva avere questa tecnologia.

Abbiamo completato anche per Urbino la dotazione organica per tutte le figure apicali e abbiamo investito solo per Urbino 4 miliardi, dei 6, in tecnologia.

Cosa abbiamo fatto da un punto di vista strutturale? Certe cose già le conoscete, ce le siamo detti tante volte, vale la pena solo ricordarcelo perché qualche volta possiamo anche essere contenti di avere questo: l'oncologia nuova, il pronto soccorso nuovo, gli ambulatori centralizzati. Una cosa importante è che tutta la prima parte dell'articolo 20 — la seconda parte deve essere ancora finanziata dal Cipe — è stata completata. Nel primo e secondo stralcio dovevamo fare queste cose, adesso sono tutte fatte e ci resterà soltanto di fare la nuova ala con il terzo lotto. Non appena avremo i finanziamenti del Cipe cominceremo a lavorare anche su quello.

Oggi abbiamo questo già pronto e utilizzabile, quindi l'ospedale di rete, con tutte queste cose può decollare.

Il problema territoriale è la sfida del futuro. Fino ad oggi abbiamo lavorato molto di più sulle strutture ospedaliere sul territorio, siamo stati presi da questa questione ospedaliera, ma per la verità era dovuto, perché dovevamo riorganizzarla per poi cominciare a migliorarla.

Oggi possiamo dire che abbiamo più tempo per occuparci anche del territorio e abbiamo cominciato con delle cose concrete, delle cose che probabilmente potevano dare quella sensazione di cambiamento alla città. Inizialmente avevamo un'Adi che aveva necessità di essere sviluppata e l'abbiamo sviluppata, perché oggi abbiamo molti più pazienti in Adi rispetto a prima. C'erano 40 posti letto di Rsa che abbiamo trovato, 20 a Macerata Feltria e 20 a Urbina e adesso già sono attivi 20 posti a Sant'Angelo in Vado, quindi questa azienda e il territorio di Urbino hanno già a disposizione 60 posti letto di residenzialità e ne faremo anche degli altri. Questo già ha potuto, insieme all'Adi, in qualche modo aiutarci a ridurre il tasso di ospedalizzazione. Varrea-Dini è stato un fatto importante, ne abbiamo parlato tanto, abbiamo scritto sui giornali, è una cosa bellissima e funziona anche bene. Il fatto che il Consiglio comunale abbia deciso di concretizzare ancor più fondi per le persone che hanno bisogno di questa struttura mi fa molto piacere e spero che ce ne saranno altre di iniziative di questo tipo.

Mancava assolutamente il discorso socio-sanitario, cioè la sanità non è più la sola a detenere la vita delle persone, il problema sta virando verso la salute, e quindi è un discorso che non compete più soltanto alla sanità, compete a molti altri, a uno certamente: al sociale, agli enti locali. Noi non abbiamo avuto la delega, perché questa Regione, a differenza di altre, ha ritenuto che la delega sui servizi sociali non venisse data alle aziende. Io rispetto questa volontà, capisco i problemi e le ragioni, però noi comunque dobbiamo dare una risposta, quindi insieme abbiamo studiato tanto finché abbiamo raggiunto un accordo, e raggiungere un accordo con 29 Comuni non è una cosa semplice. Abbiamo allora trovato la possibilità di discutere con tre interlocutori, le tre Comunità montane le quali sono state delegate a loro volta dai Comuni. Questo ci ha facilitato il compito e oggi abbiamo siglato questo protocollo d'intesa che in qualche modo ci tranquillizza sul socio-sanitario. In effetti abbiamo stabilito cosa deve fare l'Azienda, cosa devono fare i Comuni per dare tutto ai cittadini che ne hanno bisogno e abbiamo quantizzato tutto: le ore, i soldi che ci vogliono, chi paga, le presta-

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

zioni. C'è un documento molto articolato e se rispettiamo quel documento ognuno per i suoi compiti, potremo fare un grosso servizio alla cittadinanza.

Abbiamo attivato le quattro Potes con medico a bordo, cioè ambulanze che hanno autisti soccorritori, infermieri soccorritori e hanno anche medici a bordo. Non tutte le aziende possono oggi dire di avere ambulanze con medici a bordo. Noi possiamo dire di averne quattro più una che è a Macerata Feltria sulle 24 ore, senza medico a bordo. Abbiamo avviato il patto territoriale per la salute, un progetto cofinanziato dalla Regione Marche, sul quale stiamo lavorando.

Il problema più grosso che secondo me abbiamo affrontato e sul quale abbiamo avuto poche difficoltà perché abbiamo avuto una collaborazione eccezionale è stato quello di instaurare un rapporto con i medici di famiglia. Questo rapporto ci ha portato a fare quelle cose che vedete a destra: gruppi distrettuali omogenei, budget con i medici di medicina generale, informatizzare i medici di medicina generale, per aiutare gli stessi e quindi gli assistiti che da loro vanno. Inoltre, i presidi di continuità assistenziale per le cure primarie: ne conoscete uno ad Urbino che è già partito ed è la prima esperienza fatta in regione ed in Italia. A marzo ne partiranno altri due, uno a Urbina e uno a Sant'Angelo. Quindi stiamo andando avanti con questa esperienza che ci sta dando delle grosse soddisfazioni.

Per quanto riguarda gli investimenti strutturali, a Urbino abbiamo inaugurato la nuova sede, abbiamo ristrutturato la sede di Varrea-Dini, abbiamo adeguato questo immobile non solo per il presidio di continuità assistenziale ma per la salute mentale, per il servizio di veterinaria, per il centro di formazione permanente e per le associazioni di volontariato. Sulla prevenzione abbiamo trovato una situazione di partenza quando siamo arrivati, dove non veniva dedicato il 5,11% come impone il piano sanitario regionale per questo livello di assistenza, non era completa la pianta organica, non c'era integrazione con i distretti. Oggi possiamo dire che questa è l'unica azienda della regione che spende tutto il 5,11% per la prevenzione, che ha completato la dotazione

organica, e questo è un obbligo che la Regione Marche impone alle aziende, ha sviluppato modelli di integrazione, cioè significa che oggi il dipartimento e i distretti lavorano insieme, nel senso che il dipartimento dà le linee di indirizzo e ha il controllo delle azioni da svolgere e il distretto le svolge, cioè la gestione e l'applicazione pratica vengono fatte a livello distrettuale. Abbiamo in piedi programmi di screening dei tumori della sfera genitale femminile.

Vediamo adesso che cosa proponiamo per quest'altro anno e mezzo fino alla conclusione del mandato che ci è stato assegnato. Abbiamo detto che si può ragionare su tutto. Se parliamo di bisogni, probabilmente andiamo ad aprire un universo dove non tutti hanno certezze. In un momento in cui non c'è questa cultura, ogni cosa può essere vera. certamente questi livelli sono veri. Noi abbiamo detto "andiamo sul sicuro", e l'emergenza-urgenza è un livello assistenziale ed un bisogno, nessuno lo discute. Così come le patologie acute. Vedete che non parliamo più di ospedale ma di patologie acute che si riferiscono a quando noi andiamo in ospedale, come le patologie croniche si riferiscono a sistemi alternativi, cioè al territorio così come la prevenzione. Credo che su queste quattro linee d'intervento c'è poco da discutere, nel senso che ne possiamo aggiungere altre ma queste certamente non le possiamo escludere. Noi vorremmo impegnarci, per quest'altro anno e mezzo, a costruire qualcosa in più rispetto a quello che abbiamo già fatto su queste cose e ci piace confrontarci con tutti su questo, perché in effetti abbiamo recepito fino adesso i contributi che ci sono stati dati e qualche volta abbiamo anche migliorato le situazioni.

Qual è la prospettiva sull'emergenza-urgenza? La prima cosa per potenziare la percezione e la certezza di poter risolvere i problemi è l'attivazione della rianimazione. In ogni caso il 17 apriremo la rianimazione, quindi finalmente oggi possiamo dire che sabato 17 alle ore 11 si apre la rianimazione a Urbino. Credo che questo sia l'evento più importante della nostra gestione, ma credo che sia un evento importante per la città di Urbino e per tutto il territorio, perché finalmente propone Urbino con il uso

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

ospedale in una rete regionale dove, a piena dignità, può ricevere bisogni da altre parti, perché è un ospedale che oggi ha le caratteristiche per garantire gli altri. Credo che questa sia una cosa eccezionale: l'ospedale è diventato tale a tutti gli effetti. Questa mattina, quando sono venuti i collaudatori ed è arrivato l'ing. Grossi di Parma, l'esperto che ha tutti i segreti di queste tecnologie, di queste attrezzature, ha guardato la nostra rianimazione, ha fatto i test che doveva fare, poi ha detto "come diavolo avete fatto a fare questa rianimazione? Questa è una rianimazione che a Parma noi ce la sogniamo la notte". Ha detto che ha un livello di tecnologia e di affidabilità che non esiste nella regione, ma forse è uno dei pochi in Italia. Noi siamo stati contenti di questo. Ve lo dico, così voi vi sentite ancora più garantiti, nel senso che se malauguratamente qualcuno dovesse utilizzare quella struttura, avrà il meglio che oggi è possibile avere in Italia nel campo della rianimazione e credo che questa sia una soddisfazione di tutti: della città che ci ha creduto e che ha tartassato il direttore generale dell'azienda per fare in modo che questo obiettivo si raggiungesse. Noi l'abbiamo raggiunto tutti insieme, l'hanno raggiunto gli operatori perché sono stati appassionati rispetto a questo problema, quindi possiamo finalmente annunciare a tutti che sabato 17 febbraio apriremo la rianimazione.

L'altra cosa che dovremo fare per far sì che l'emergenza-urgenza diventi ancora più importante e sicura è trasferire la cardiologia e l'Utic che già funzionano, quindi una risposta già l'abbiamo, se il 118 ha bisogno noi abbiamo l'unità coronarica, però nel momento in cui trasferiremo anche la cardiologia e l'Utic dove c'è la piastra dell'urgenza — avverrà fra qualche mese — l'Utic sarà nelle stesse condizioni della rianimazione oggi, quindi avremo un altro reparto importante sull'emergenza, altamente affidabile come la rianimazione.

Poi abbiamo un'altra cosa importante. Quando abbiamo fatto queste cose ci siamo preoccupati, giustamente, di avere un centro che formasse continuamente quelli che devono fare queste cose, quindi abbiamo un centro di formazione permanente per l'emergenza-urgenza che è l'unico in provincia ma credo

anche in regione ed è stato riconosciuto dal gruppo di israeliani che sono venuti a vedere la nostra struttura — perché abbiamo un rapporto di collaborazione con Israele per quanto riguarda il discorso dell'emergenza-urgenza in quanto loro hanno molta più esperienza di noi, per necessità — come di alto livello, e ci hanno fatto i loro complimenti. Questa scuola ha 700 domande per i corsi, e ovviamente non ce la facciamo ad accoglierle tutte, ma diamo la priorità ai nostri dipendenti, ai nostri operatori, a quelli che dovranno lavorare sulle ambulanze e all'interno della piastra di emergenza, però abbiamo intenzione, per il futuro, di allargare questa formazione alla società civile. E' vero che dobbiamo avere un sistema quanto più rodato possibile sul campo dell'emergenza, ma è opportuno che la cultura dell'emergenza sia appannaggio della città, del territorio, perché se interviene già il territorio prima che intervenga l'ambulanza, prima che intervengano il pronto soccorso e la rianimazione, guadagniamo del tempo. Ad esempio, la legge 626 sulla sicurezza prevede che le strutture pubbliche come le scuole, i Comuni, le fabbriche debbano avere un addetto all'emergenza, una o due persone che quando avviene l'evento, meglio di altre non formate devono saper intervenire per poter cominciare a dare il primo soccorso, in attesa che arrivi il mezzo. Immaginate se riusciamo a fare una cosa del genere in tutti i posti di aggregazione, cioè nelle scuole, nelle università, nei Comuni dove si possono formare uno o due vigili urbani. Significa che quando avviene l'evento si chiama il 118 il quale impiega un quarto d'ora-venti minuti per arrivare e nel frattempo quella persona ha il primo soccorso già qualificato da una persona preparata da questa scuola. Questo è un impegno che ci prendiamo a costo zero, ma lo possiamo fare perché abbiamo questa struttura. E' una cosa che ben volentieri facciamo se la città e il territorio lo ritengono opportuno.

Per quanto riguarda le patologie acute, gli ospedali, dobbiamo ancora fare molto sull'ospedale di rete. Quello che diceva il Sindaco sull'umanizzazione, sull'accoglienza, sulla valutazione dei dirigenti è un impegno che oggi stiamo annunciando ma sul quale non abbiamo ancora lavorato, lo riconosco a piene mani,

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

tant'è che ho chiesto l'aiuto delle associazioni di volontariato e devo dire che il tribunale del malato si è messo d'impegno e sta venendo tutti i giorni nell'ospedale a dare questa mano. Quindi so che dobbiamo lavorare molto sul problema dell'accoglienza, sul problema dell'umanizzazione, però alcune cose le dobbiamo fare e le faremo, perché sono cose che migliorano ancora l'assistenza all'interno del nostro ospedale di rete.

Il trasferimento delle unità operative di medicina nella nuova ala avverrà insieme alla cardiologia. L'attivazione dei posti letto di lungodegenza, già progettati all'interno dell'ospedale avverrà tra qualche mese, quando si trasferirà la medicina. Poi dobbiamo completare, cioè già stiamo pensando a quello che dovremo fare sulla nuova ala per completarla, perché quello che abbiamo fatto è già passato. Abbiamo già mandato i nuovi progetti per il blocco operatorio che verrà all'ultimo piano e per il nuovo piano di degenza che dovrà avvenire sotto il blocco operatorio. Questo è il prossimo impegno che abbiamo e per questo sono già stati chiesti 14 miliardi nel piano di fattibilità dell'art. 20, la Regione ha approvato e stiamo aspettando l'erogazione da parte del Cipe, dopodiché inizieremo subito i lavori per queste altre cose.

Abbiamo poi ritenuto che un ospedale di rete che ha una piastra dell'emergenza-urgenza e che si propone sullo scenario provinciale ma anche regionale a intervenire in caso di bisogno non solo per le nostre popolazioni ma anche per altre popolazioni, non possa essere carente su un servizio importante che noi avevamo soltanto abbozzato. All'interno del nostro ospedale avevamo un servizio di endoscopia digestiva che faceva solo la diagnostica, cioè arrivava una persona sanguinante o aveva un problema all'apparato digerente, i nostri operatori introducevano lo strumento e facevano la diagnosi, dicevano "tu hai probabilmente un polipo al colon", oppure "tu hai un'emorragia digestiva da varice", dopodiché si toglieva lo strumento e si diceva "devi andare ad Ancona", "devi andare a Pesaro". Oggi abbiamo già progettato, e partirà tra non molto, il nuovo servizio di endoscopia digestiva con l'attivazione dell'interventistica, cioè se oggi arriva una per-

sona e fa una rettoscopia o una colonscopia — un'indagine veramente invasiva, fastidiosa — deve risolvere tutto lì, non è possibile che faccia 2-3 volte questa indagine, perché già farla una volta è drammatico, figuriamoci farla 2-3 volte. Se io trovo un polipo lo devo poter togliere in quel momento, risolvendo il problema. Questo saremo in grado di farlo, come saremo in grado di fare l'RCP, come la calcolosi della colicisti o delle vie biliari che oggi si fa attraverso endoscopia: un endoscopista introduce lo strumento e attraverso quello strumento ti toglie anche i calcoli, senza operarti. Il nostro ospedale non era in grado di farlo, ma l'ospedale di rete lo deve fare, e l'ospedale di rete lo fa, ha la professionalità per farlo e tra non molto verrà inaugurato anche questo servizio.

Ci siamo mossi in questo senso perché riteniamo che quando ci proponiamo come ospedale di rete ci potranno dire tutte le cose che vogliono, che dovrà essere migliore, ma su queste cose essenziali non potranno dirci che non le abbiamo: le abbiamo tutte e abbiamo tutti i criteri per essere ospedale di rete.

E' ovvio che questo problema del miglioramento dell'appropriatezza dell'accoglienza è un discorso sul quale dobbiamo lavorare ancora molto, come dobbiamo lavorare molto sull'attivazione dei percorsi di cura condivisi dagli operatori, condivisi dai territoriali, condivisi dagli altri ospedali. Certo c'è un lavoro da fare, ma avevamo già tanto da fare prima, per cui oggi che abbiamo fatto quello possiamo anche dedicarci a fare quest'altro, ugualmente importante, perché ne abbiamo tutti un gran bisogno.

Per il territorio, quali sono le cose che ci sentiamo di dire? La prima volta che siamo venuti in questo Consiglio comunale abbiamo fatto insieme a voi un elenco di impegni e abbiamo cercato di lavorare su quelli: alcuni li abbiamo portati avanti, altri ci siamo riusciti di meno, qualcuno lo dobbiamo ancora fare. Così, per il prossimo anno e mezzo queste cose che vi sto dicendo sono gli impegni che l'azienda si sente di proporre a questo Consiglio, ricevendo tutto il contributo possibile.

Abbiamo un problema per l'Adi. L'Adi oggi si fa con 6 ore al giorno a settimane, solo Cagli sta facendo un'esperienza di 12 ore, ma

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

nella maggioranza della nostra azienda l'Adi dà soltanto 6 ore di assistenza infermieristica. Noi la porteremo a 12 e questo è un grosso traguardo, perché significa avere più assistenza infermieristica a domicilio, quindi anche minori ricoveri. Così come ci siamo impegnati a dare assistenza alla vostra casa albergo di cui parlava il Sindaco prima. Abbiamo fatto un accordo, nel senso che ci siamo accollati, nell'ambito di quel protocollo del Sadis, anche l'onere di dare l'assistenza infermieristica. Ma è giusto: siccome è un problema sanitario se ne deve fare carico l'azienda, non il Comune.

Come abbiamo progettato — e verrà insieme al progetto della casa albergo — 20 posti letti di residenzialità medicalizzata, che è diversa dalla Rsa, laddove verrà fatta la casa albergo. Questo è l'impegno di residenzialità che abbiamo stabilito tanto tempo fa nella Conferenza dei sindaci. Inoltre, l'attivazione concreta del protocollo d'intesa di cui parlava il Sindaco. Noi l'abbiamo firmato questo protocollo d'intesa, ma solo firmato, nel senso che stenta a decollare e non per colpa nostra. L'ultimo sforzo che noi dovevamo fare era quello di stabilire quanti infermieri dovevamo dare e l'abbiamo fatto: abbiamo fatto una riunione con i distretti, ci hanno chiesto il numero di infermieri per l'applicazione di questo protocollo, noi abbiamo detto "siamo pronti, però sarebbe bello che partissero anche i Comuni, anche le Comunità montane, altrimenti facciamo solo l'assistenza infermieristica" e la risposta non è concreta, la gente non capisce che cosa stiamo facendo e non riceve quello che si aspetta.

Per quanto riguarda la prevenzione, le tre cose che ci sentiamo di affrontare per il futuro e sulle quali ci vogliamo impegnare sono le seguenti. Un problema che è diventato emergente per l'Italia, per le Marche e per la provincia di Pesaro e Urbino riguarda gli incidenti sul lavoro. Noi siamo in una zona a discreta industrializzazione, siamo in una provincia dove gli infortuni sul lavoro hanno una percentuale altissima, vogliamo dare un contributo, dobbiamo dare un contributo. Quindi il nostro impegno sarà massimo: abbiamo già preso un altro medico del lavoro, due tecnici del lavoro e vogliamo dare il massimo impegno non solo al

nostro territorio ma anche alla provincia di Pesaro, se ne ha necessità, per fare un lavoro comune. Il nostro impegno sulla prevenzione sarà quindi quello di potenziare questo servizio. Come? Ci siamo resi conto che non è sufficiente, non basta aver fatto quello che abbiamo fatto, quello che i nostri veterinari hanno fatto, quello che il nostro servizio di igiene degli alimenti già ha fatto nel campo degli alimenti, che è un campo minato. Abbiamo visto "mucca pazza", i pesci, gli alimenti transgenici, quindi abbiamo detto "probabilmente non abbiamo fatto abbastanza", anche se la regione Marche in particolare e il Montefeltro sono affidabili dal punto di vista dell'alimentazione, probabilmente dobbiamo fare di più. Questa è l'altra cosa su cui ci impegniamo a fare e su cui ci potrete chiedere conto per quanto riguarda la prevenzione.

L'ultima cosa è l'attivazione concreta dello screening dei tumori della sfera genitale femminile.

Ho concluso questa breve trattazione, ma solo per darvi delle informazioni sulle quali possiamo discutere, sulle quali possiamo confrontarci, anche per trasmettervi qualche motivo di soddisfazione, perché le conquiste fatte oggi sull'ospedale di rete sono conquiste vostre, fatte da noi perché ne avevamo il compito istituzionale, ma sono conquiste di questa città, quindi ve le volevo trasmettere perché è giusto che siate soddisfatti di questo, ma certamente perché insieme, come abbiamo sempre fatto, possiamo continuare questo percorso, anche per migliorarlo. Vi ringrazio.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il direttore generale per la sua relazione.

Vorrei ringraziare anch'io tutte le associazioni di volontariato, non solo per la presenza di questa sera ma per la collaborazione, l'aiuto e il contributo che danno quotidianamente al sistema sanitario e alla città.

E' aperta la discussione. Ha chiesto di parlare il consigliere Ciampi. Ne ha facoltà.

**LUCIA CIAMPI.** Il consigliere Serafini non ha mantenuto la promessa: mi aveva assicurato che sarebbe intervenuto prima di me.

Dott. Mingione, come lei sa, perché mi

ha ascoltato altre volte, io vado al dritto, non conosco mezzi termini, preferisco usare un linguaggio semplice, forse un po' duro, però è questa la via che ho scelto, è questo il mio modo di essere, così continuerò ad essere.

Sentendola parlare mi sono chiesta: ma prima c'era un ospedale? Perché sembra che tutto sia stato fatto da tre anni e mezzo in qua. Siccome io sono moglie di un medico, un ospedaliero, e ho frequentato l'ospedale, qualche preoccupazione l'ho avuta, perché dovrei chiedere conto a mio marito di cos'ha fatto in vent'anni in quell'ospedale.

Cominciamo dalle parole del Sindaco. Il problema dei reparti di otorinolaringoiatria e oculistica l'ho sollevato io. Nel leggere l'articolo questa mattina mi sono molto tranquillizzata, perché le risposte erano certe e sicure ed erano quelle che volevano. In realtà, le risposte di questa sera del Sindaco non sono altrettanto rassicuranti, perché ha detto che qualche preoccupazione c'è. A me risulta che il piano sanitario regionale prevede un ridimensionamento dei due reparti e non ho detto che sarebbero stati chiusi, ma paventavo la loro chiusura, che è cosa del tutto diversa.

MASSIMO GALUZZI, *Sindaco*. E' vero...

LUCIA CIAMPI. Quasi mi metterei a sedere, perché mi basta la sua risposta. La ringrazio di nuovo. Comunque vado avanti lo stesso.

Dicevo che paventavo la chiusura. Del resto volevo sapere qual era il piano aziendale. Questa mattina mi è stato risposto che il piano sanitario aziendale prevedeva il pieno funzionamento, i due reparti non si toccano e così via. Era questa la risposta che volevo, invece questa sera altrettanta sicurezza non l'ho ricevuta e la cosa mi dispiace molto, perché quello che voglio è la non chiusura. Prendevo atto, però volevo chiedere se era vero, come mi risulta, che si pensava già di chiudere il sabato e la domenica questi due reparti, con il trasferimento dei malati nel reparto di chirurgia e volevo anche qualche rassicurazione sulla ricerca di un nuovo primario, visto che il primario di otorinolaringoiatria, come è giusto che, sia, va via, onde evitare che passassero non dico mesi ma anni, prima che ne venisse un altro, perché

senza un primario e con due reparti così indispensabili che chiudono il sabato e la domenica, se a parole tutto rimane, nei fatti tutto viene ridimensionato.

Vorrei rivolgermi a tutti gli operatori per dire che gli interventi del Polo e miei personali non riguardano assolutamente la professionalità di medici, infermieri, portantini e quant'altro in quanto, come moglie di medico, so il sacrificio che c'è dietro questo lavoro a tutti i livelli. Il mio intervento riguarda esclusivamente le condizioni in cui voi operatori siete messi per lavorare ed è su quello che noi vogliamo discutere, e basta.

Lei dott. Mingione, dice che c'è una riduzione di tasso di ospedalizzazione. La battuta sarebbe facile: o stiamo tutti bene oppure vorrei conoscere quanti della nostra Asl si ricoverano in altri ospedali, perché è qui che si può vedere se la riduzione è dovuta a qualche altro motivo. Inoltre, siccome mi risulta che ci sono dei reparti quali la chirurgia, una volta stracolmi e adesso sembra che non si arrivi neanche a cifra di due numeri, cioè sotto 10, sono preoccupata e spero di essere smentita, perché queste sono le cifre.

Poi le avevamo chiesto in tempi andati di conoscere il numero dei ricoveri, quanti erano dovuti all'urgenza e quanti su prenotazione. Però questa risposta non l'abbiamo avuta e anche quello è fondamentale per poter vedere il numero di ospedalizzazione. L'urgenza è una cosa e su prenotazione altra, ma questi due elenchi non li abbiamo avuti.

Circa la necessità e la bontà della rianimazione penso che nessuno si permetterà di sollevare dubbi. Ma visto che c'è la rianimazione era inspiegabile che ci fosse, di contro, il ridimensionamento degli altri due reparti. Dalla mia domanda si capiva chiarissimamente.

Lei ha detto che la rianimazione partirà il 17. Spero che sia tutto collaudato e che non avvenga come in molte parti d'Italia, come è avvenuto già in Urbino per la Tac, che dopo l'inaugurazione niente funzioni e si debba aspettare ancora perché bisogna fare altri collaudi. Sarebbe bene che il giorno dopo l'inaugurazione la rianimazione funzioni e non sia invece

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

chiusa perché il collaudo è stato fatto troppo in fretta.

Mi risulta che per la nuova ala era stato dato un appalto ad una nuova ditta che era stata pagata. Questa ditta ha affidato i lavori in subappalto. La prima ditta è fallita e la seconda, non essendo stata pagata non voleva continuare i lavori. E' vero quanto sto affermando? Se quello che sto dicendo risulta vero, vuol dire che noi cittadini abbiamo pagato il lavoro due volte. Sarebbe anche bene che quando si fanno lavori di ristrutturazione negli ospedali, alcune cose venissero salvaguardate, perché mi pare che si stiano facendo dei lavori di ristrutturazione e il materiale quali materassi, cuscini, contenitori che vengono portati nelle sale operatorie, rimane lì. Qualcuno vigili su questo. Basta andare nella lavanderia per vedere che tutto il materiale che c'è non viene protetto. Sono cose da poco, ma siccome sappiamo che le malattie più feroci si prendono negli ospedali, una certa vigilanza in essi sarebbe opportuna.

In un Consiglio precedente le avevamo chiesto di conoscere il nome o l'origine di provenienza di tutti quelli che erano stati assunti, per vedere come mai si determinano dei flussi. Siccome io sono campana, orgogliosissima di esserlo, non c'è alcuna speculazione al proposito. Ai cittadini le spiegazioni bisogna darle, perché oltre a quei flussi di cui parlavo, quando l'asta per il bar viene vinta da una ditta di una certa provenienza, l'appalto per le pulizie viene vinto da una ditta dello stesso luogo, qualche dubbio comincia ad apparire. Lei conferma che si determinano dei flussi?

Dott. CIRO MINGIONE. No, ci sono delle commissioni che esaminano queste cose e che sono sovrane, non influenzate da nessuno: evidentemente sono tutti di una certa provenienza.

LUCIA CIAMPI. Avevo chiesto informazioni sul servizio Cup. Le avevo chiesto di allargare questo servizio anche al pomeriggio. Mi risulta che c'è gente, disposta anche a fare nome e cognome, che sta al telefono 3-4 ore per poter prenotare. Lei verifichi anche questo.

Dott. CIRO MINGIONE. Verificheremo. Comunque il servizio è attivo per 12 ore.

LUCIA CIAMPI. Se uno deve stare 12 ore al telefono...

Dott. CIRO MINGIONE. Ci avevate chiesto di farlo anche il pomeriggio, l'abbiamo fatto; adesso verificheremo questa cosa.

LUCIA CIAMPI. Per adesso mi fermerei qui.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Mechelli.

LINO MECHELLI. Saluto tutti, anche il numeroso pubblico. Intanto giudico importante questo approccio nuovo al modo come affrontare i problemi della sanità. Mi sento anche di ringraziare non solo i presenti, il direttore generale, la direzione, ma anche l'assessore regionale che molte volte ha già fatto visita al nostro territorio che sicuramente ha bisogno di attenzione perché è un territorio difficile.

Le grandi questioni della sanità sono d'accordo che si confrontino nei Consigli, nelle istituzioni elettive. Non è possibile relegarle solo all'interno della struttura sanitaria.

Comunque, per non perdere il filo dell'intervento ribadisco alcuni concetti che ho detto in un recente convegno organizzato dal gruppo dei Popolari.

Quello della sanità è un settore di così vitale interesse per la comunità che non sono ammissibili incertezze di percorso e appannamenti di strategia. Pur non doveroso riconoscimento della necessaria elasticità dei tempi e dell'azione debbono essere sempre chiari ed inequivocabili gli indirizzi, gli obiettivi, gli strumenti e i tempi dell'intervento.

Non condividiamo i toni e gli argomenti di quanti si affanno a descrivere una situazione disastrosa e comunque compromessa; Questo voglio sottolinearlo con forza, perché abbandonarsi al catastrofismo significa farsi male da soli; dipingere le nostre strutture sanitarie in modo negativo credo che sia un danno per tutta la comunità.

Tuttavia non possiamo non tenere conto di alcune ombre che pure incombono sul grande lavoro svolto e del quale occorre dare atto, e sugli obiettivi strategici che riteniamo ancora



condivisibili circa il ruolo di Urbino nel territorio e delle sue strutture e servizi sanitari.

Abbiamo già detto di condividere gli obiettivi strategici che il piano regionale sanitario assegna a Urbino, anche in relazione al suo territorio, alle sue strutture, ai servizi che il piano prevede. Respingiamo ipotesi avventate di revisione del piano per obiettivi di aziende uniche provinciali e con esse ospedali unici provinciali. Ribadiamo altresì la nostra adesione alla previsione dei due poli ospedalieri di Cagli e Sassocorvaro che già ora svolgono un ruolo insostituibile al servizio delle popolazioni locali e che debitamente organizzati debbono ancor di più corrispondere alle legittime aspettative.

Detto ciò va ribadita con forza l'esigenza di dare a quello di Urbino le caratteristiche peculiari di ospedale di rete. Le informazioni che il direttore generale questa sera ci ha dato mi sembra che vadano in quella direzione.

Occorre creare tutte le premesse perché allo scopo corrisponda un servizio effettivo, non solo dichiarato, formale o di facciata, ma perché concretamente nei fatti e nella sostanza questo ruolo risulti svolto e percepito dalla comunità locale.

Proprio per dire che non sono così pessimista sulle condizioni della sanità nel nostro territorio, non posso sottacere l'impulso dato allo sviluppo di taluni servizi essenziali al quale corrispondono lusinghieri risultati. Non li voglio elencare perché già sono stati citati dal direttore generale, ma ricordo l'attivazione della Tac, il nuovo reparto di oncologia, l'attivazione del centro diurno e residenziale di Varrea che è un servizio di estrema importanza di carattere sanitario e sociale, l'attivazione del presidio di continuità assistenziale (medici di famiglia), un servizio che a mio avviso può e deve essere sviluppato. Inoltre, l'annunciata prossima apertura del servizio di rianimazione.

Quando si parla di tutela della salute, in genere si parla degli ospedali e dei servizi sanitari. Io ritengo che debba essere posta attenzione anche al servizio di prevenzione, organizzato dal servizio veterinario della Asl che in questi tempi difficili nel nostro territorio ha contribuito a tranquillizzare i cittadini circa la qualità dei cibi.

Non voglio elencare le cose che a tutt'oggi funzionano bene, ma purtroppo non posso non sottolineare alcune criticità. E parlando di criticità voglio chiarire, per evitare fraintendimenti. Alla politica non spetta dare un giudizio professionale dell'operato degli addetti al servizio sanitari, o medici o infermieri che siano. Alla politica spetta fissare gli obiettivi, verificare i risultati. Quindi le criticità che sottolineerò non sono riferite a giudizi sull'operato professionale, perché, ripeto, non sono in condizione e comunque non spetta a me; sono fatte solo sulla base di valutazioni di dati forniti dall'Azienda sanitaria e anche da quel rapporto che, come eletti, abbiamo con i cittadini.

Queste criticità le possiamo individuare, con molta responsabilità, nei reparti importanti di chirurgia, della medicina e del pronto soccorso, con differenti sfumature.

In chirurgia da tempo si registra una progressiva fuga di pazienti-utenti verso altre strutture aziendali. E in medicina ci sono medici di grande valore, ma secondo noi non viene corrisposta l'esigenza di una forte e chiara azione di coordinamento verso l'alto delle professionalità che ci sono in quel reparto. Al pronto soccorso, nonostante la preparazione e le professionalità riconosciute — come qui ribadito dal responsabile dell'azienda — è mancato l'adeguamento complessivo della struttura, anche in relazione al ruolo crescente, alle funzioni o comunque all'affollamento improprio che si crea. Non posso non dire che nei reparti di chirurgia e pronto soccorso spesso si decide, in un momento, della vita delle persone.

Anche in riferimento all'allarme e alla denuncia fatta dal consigliere Ciampi circa il rischio di chiusura o comunque di difficoltà dei reparti di otorino e oculistica, accennai a questo circa un mese fa e dissi che occorreva pensare in tempo al problema, per evitare vacanze di direzione.

E' chiaro che quel servizio va mantenuto e difeso e credo che non ci siano dubbi sulle affermazioni del direttore generale e del Sindaco, rispetto alla certezza che quei servizi debbono restare e comunque funzionare.

Liste di attesa. I dati di fatto dimostrano che i tempi di attesa — parlo dei dati nazionali

e locali — per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici, in rapporto alla media nazionale, quelli dell'Azienda sono di gran lunga inferiori e accettabili, se si tiene conto che su prescrizione urgente del medico di famiglia, vengono assicurate in tempi brevissimi. Anche in questo campo, però, dobbiamo registrare alcune anomalie e ritardi veramente inaccettabili, che richiedono immediati interventi risolutivi, per evitare che pochi disservizi mettano in cattiva luce tutto il resto.

Queste considerazioni hanno come fondamento i dati forniti correttamente dall'Azienda che, impietosamente, fanno emergere una situazione di debolezza, laddove invece l'utenza vorrebbe punti di sicuro riferimento.

Come si è detto, anche a scapito del grosso lavoro, degli innegabili punti di eccellenza spesso raggiunti, si verificano queste cose.

Giustamente la direzione aziendale si è posta da tempo l'obiettivo della "umanizzazione", indicandone anche il percorso. Purtroppo, spesso la struttura è percepita come una macchina nemica, perché è difficile sintetizzarsi in rapporto ai luoghi di sofferenza che purtroppo accompagnano la vita all'interno di strutture sanitarie. Riteniamo che la direzione debba qui fare uno sforzo, perché gli atteggiamenti di eccessiva burocrazia nei pubblici uffici sono arbitrari e sono deprecabili, non sono sicuramente accettabili laddove il rapporto è con persone sofferenti.

Ritengo di apprezzare molto lo spazio dato alle associazioni del volontariato, quali soggetti utili e necessari per l'esercizio di una costante attenzione e vigilanza. Sarebbe altresì auspicabile e apprezzabile una maggiore trasparenza nell'impostazione delle soluzioni organizzative interne alla struttura-ospedale, che non di rado sono apparse ispirate a criteri personalistici o politici.

E' altresì necessario che un importante organismo di partecipazione qual è la Conferenza dei sindaci, trovi le condizioni per un pieno espletamento del ruolo che le è proprio.

Queste considerazioni che potrebbero magari apparire troppo crude, sono invece finalizzate a ricercare gli strumenti e i modi più idonei per superare le criticità e far emergere in

tutta la loro imponenza i significativi passi avanti già compiuti.

La posta è purtroppo alta perché un atteggiamento di indifferenza o di sottovalutazione darebbe inevitabilmente spazio a quella azione disgregatrice che rischia di trovare concreti agganci nell'opinione pubblica pronta a lasciarsi coinvolgere in azioni demagogiche come paventato all'inizio. Sono certo che una serena e pacata riflessione, aperta al contributo dei più, sarà la solida base per il necessario rilancio dell'iniziativa da consolidarsi con fatti ed azioni concrete, leggibili e comprensibili da parte dei cittadini. Questa azione di confronto con i Consigli comunali, con le istituzioni, con gli eletti credo sia di grande importanza per il collegamento con i cittadini.

Per quanto ci riguarda, come gruppo dei Popolari ci sentiamo pronti a questo ruolo, anzi rivendichiamo anche il merito di aver scelto, quale modello di riferimento, quello di una sanità pubblica forte e attrezzata, quale unica garanzia per il diritto alla salute di tutti i cittadini. Grazie.

**PRESIDENTE.** Ha la parola il consigliere Pandolfi.

**CLAUDIA PANDOLFI.** Mi scuso se non farò un intervento organico, non l'avevo preparato perché ho l'abitudine di ascoltare prima le relazioni e poi di intervenire a braccio su quello che ho sentito.

Il dott. Mingione ho avuto occasione di sentirlo altre volte e quello che mi colpisce sempre — non dico se in positivo o in negativo — è questa strana immagine che risulta — non è solo del dott. Mingione, purtroppo è diffusa — dell'ospedale, del servizio sanitario come una sorta d'impresa, un'impresa di cui va curato l'aspetto dell'immagine, un'impresa per cui va gestito molto bene il livello della comunicazione — e in questo il dott. Mingione sicuramente è bravo — un'impresa che va valutata in termini di costi, di profitti, di funzionalità. Io non riesco a dimenticare che le "merci", in questo caso, sono delle persone, per di più che non stanno bene.

Vorrei ora parlare dei costi. E' vero, anch'io sono convinta che i costi vadano ridot-

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

ti. Il problema è come ridurre i costi. A mio avviso, mai ridurre i costi alle spalle o sulla pelle delle persone.

E' vero che bisogna ridurre i ricoveri, è vero tutto, ma certe volte a mio avviso, proprio per ridurre i costi si anticipano le dimissioni delle persone oppure si evitano dei ricoveri che potrebbero essere necessari. Ma questo è già un fatto secondario. Sui costi vorrei fare delle domande. Vorrei sapere specificamente, in questa azienda quanti incarichi sono stati dati e vengono dati a tempo determinato e per quale tipo di funzione e se in questa azienda sono state attivate delle figure professionali diverse da quelle a cui noi siamo abituati a pensare come persone presenti negli ospedali.

per quello che riguarda i malati, è vero che anche nella relazione che ci aveva fatto il dott. Mingione in Comune c'era una larga parte riservata all'umanizzazione, all'accoglienza. Anche l'umanizzazione e l'accoglienza secondo me hanno bisogno dell'immagine, ma non soltanto dell'immagine e anche in questo caso ho l'impressione che l'immagine copra una mancanza di sostanza.

La salute è fondamentalmente un diritto io credo che la migliore immagine che un ospedale possa dare sia quella di fornire dei servizi adeguati. Che cosa sono dei servizi adeguati? Sono un buon funzionamento dei reparti nei quali le persone sono ricoverate e, per le persone che non sono ricoverate e sono in lista d'attesa, dei tempi ragionevoli di attesa.

Per quello che riguarda i reparti ho qui i dati che il dott. Mingione ci aveva portato nella riunione in Comune. La situazione di chirurgia presentava dal 1997 al 2000 un calo molto preoccupante di ricoveri: da 1.140 nel 1997 si passava a 8934 nel primo semestre del 2000. Di questi ricoveri si diceva che quelli specificamente chirurgici erano in una percentuale abbastanza ridotta. Il salto tra ricoveri generici e ricoveri specificamente chirurgici passava da 199 nel 1997 a 321 — costruiti sulla base della stima annuale — per il 2000, a fronte di un cavo notevole di ricoveri. Questo è sicuramente un segnale di un reparto che non funziona.

Altre segnalazioni erano venute in quella riunione per i reparti di medicina, di otorinolaringoiatria, ed era stato anche solleva-

to il problema di un reparto che in realtà ha tutte le possibilità e il personale per funzionare bene — parlo del reparto di ginecologia — ed erano stati sollevati i problemi che si trovano costrette ad affrontare le donne in maternità, che per poter essere seguite sempre dallo stesso medico sono costrette a ricorrere a prestazioni private.

Per quanto riguarda il funzionamento complessivo dell'ospedale, in quella relazione il dott. Mingione faceva rilevare una mobilità passiva molto elevata, cioè uno spostamento di persone che si rivolgono ad altri servizi più alto del necessario.

L'altro aspetto riguarda le liste di attesa. Il dott. Mingione ci diceva che ormai si sono molto ridotte, però faceva anche notare un sottoutilizzo del poliambulatorio. In quella occasione ci si chiedeva il perché di questo sottoutilizzo del poliambulatorio, perché le persone non si rivolgono a questa struttura. Chiedo, rispetto a questo, se qualche passo in avanti si è fatto. Non solo, ma il dott. Mingione, in relazione all'eccesso di richieste per determinati esami, parlava di un rapporto con i medici di base che andava rivisto, proprio in relazione alle liste di attesa. Mi sono scritta le sue parole: "occorre agire sui medici di base per ridurre le richieste improprie". Io non so se i medici di base siano abituati ad avanzare richieste improprie, può anche darsi, ma ne dubito.

L'ultimo problema su cui mi piacerebbe essere informata è quello del rapporto con il personale che nell'ospedale lavora, perché oltre alle persone malate c'è il problema del personale. Io credo che una struttura funzioni bene se il personale si sente riconosciuto e valorizzato nelle sue competenze. Non ho avuto occasione di parlare con nessuno del personale, quindi faccio semplicemente una domanda: se il personale che lavora nell'ospedale è pienamente riconosciuto nelle sue competenze o se non si verificano delle situazioni in cui gli operatori sono costretti a subire un atteggiamento che può essere penalizzante. Grazie.

PRESIDENTE. Ha la parola il consigliere Foschi.

ELISABETTA FOSCHI. Colgo l'occasione

di nuovo, come avevo fatto nell'altra assemblea in cui era stato presente il dott. Mingione, per ringraziare in questa sede — altre non ne ho: posso incontrare gli operatori uno ad uno, ma un'occasione per incontrarli insieme non ce l'ho — a nome del gruppo consiliare del Polo gli operatori presenti questa sera e quelli non presenti per il lavoro che fanno e per lo sforzo che mettono per garantire il buon funzionamento dell'ospedale e di tutto il contorno dell'azienda.

Mi trovo d'accordo con molto di quanto detto dalla collega Pandolfi, quando parlava dell'immagine che si ha di questo ospedale. Talvolta si ha l'immagine che venga percepito più come impresa che non come altro. Le riconosciamo davvero il lavoro che fa, sappiamo che deve far quadrare i conti, che deve rendere conto a sua volta alla regione di determinati risultati, però non fa sempre piacere avere questa immagine che non sono la sola ad avere, a quanto pare.

Concordo con la collega Pandolfi quando parla di mobilità passiva, di liste d'attesa, di difficoltà riscontrate in alcuni reparti, cioè di quegli elementi critici di cui già avevamo parlato in un'assemblea all'interno della sede centrale del Comune.

Ci tenevo a dire una cosa che forse è quella che mi preme più di tutti. Non essendo un tecnico non mi permetto assolutamente di entrare nel merito della professionalità o meno di quanti lavorano, di quanti svolgono il proprio mestiere, questo è un suo compito, è lei che deve garantire e assicurare la professionalità di quanti operano all'interno dell'ospedale, quindi da consigliere comunale è a lei che mi appello e davvero le chiedo di tutelare al massimo.

La cosa che a me sta più a cuore è che — penso sia una cosa condivisa da tutti — quello che bisogna assolutamente garantire è sì la salute del cittadino ma anche il suo rispetto. La salute va garantita attraverso e grazie alle nuove tecnologie di cui lei ci ha parlato anche questa sera, attraverso la professionalità degli operatori, però va garantito anche il rispetto, e il rispetto si garantisce con quella che lei chiama "umanizzazione".

Ho sottolineato le parole che lei ha detto

nella seduta del 30 novembre 1999, perché mi toccano. Ripeto, non essendo un tecnico, probabilmente percepisco meno gli elementi più specifici, i dati più tecnici, mentre sento di più quelli umani nel senso di non medici. Lei diceva: "Anch'io ho evidenziato dei punti critici. Il primo punto critico che secondo me è fondamentale, ed è un requisito dell'accreditamento e dell'umanizzazione, riguarda l'accoglienza, il rapporto che deve avere l'operatore sanitario con il cittadino. Questo è un requisito fondamentale di accreditamento. Io lo ritengo un punto critico, perché non abbiamo fatto molto su questo. Non mi sento tranquillo su questa benedetta umanizzazione e accoglienza che ancora non decolla nel nostro ospedale di rete. Questo è un requisito fondamentale. L'ospedale è del cittadino, non è nostro, è la sua casa e deve essere una casa accogliente, perché ognuno di noi vuole una casa accogliente. Su questo dobbiamo lavorare ancora molto. Non siamo stati ancora capaci di capire come fare per sapere perché avviene questo, dove avviene l'inghippo. Qualcuno mi dice che l'inghippo avviene nel front-line, cioè non è tanto il ricovero che va bene ma quando si arriva in ospedale. Quando si arriva in ospedale il cittadino ha un'impressione non buona di questo ospedale, on viene accolto bene". Questo lei diceva a proposito dell'umanizzazione.

Sarà anche per esperienza personale, ma ho potuto riscontrare che a volte, molto più delle medicine o dell'apparato tecnologico, del supporto tecnologico può l'umanizzazione, può il rapporto umano, il rapporto con cui il medico si pone nei confronti del malato. Ho potuto riscontrare questo e ringrazio in questa sede chi mi ascolta e sa che mi rivolgo a lui. Faccio quindi particolarmente mio questo appello e le chiedo se ancora non si sia scoperto qual è questo inghippo, cos'è che rende difficile questa umanizzazione. Le chiedo assolutamente di andare avanti su questo fronte, perché probabilmente è l'elemento fondamentale che genera, non chiamiamolo malcontento, chiamiamola preoccupazione che i cittadini, gli utenti della Asl sentono.

L'ultima cosa che tenevo a dirle è di lavorare il più possibile per garantire la presenza del medico su tutto il territorio, o meglio di

garantire in ogni parte del territorio della Asl la sicurezza da parte del cittadino di avere un'assistenza pronta, che non sia solo il 118 o qualche altro numero da chiamare ma che sia un ambulatorio medico nelle giuste condizioni, non lontano dal punto in cui il cittadino si trova.

**PRESIDENTE.** Ha la parola il consigliere Serafini.

**ALCEO SERAFINI.** E' già la terza volta che ci si incontra con gli organi della Asl per dibattere sempre questo problema che è uno dei primari non solo per Urbino. Ho avuto già modo di dire al dott. Mingione in più occasioni, che purtroppo lui ha dovuto affrontare la problematica di una gestione differente della sanità. Ciò che è cambiato in Italia, non solo in Urbino, è la filosofia di approccio a questa che è la branca più importante che si ha nel nostro territorio ed è anche quella che crea un disavanzo enorme, assieme ai trasporti è una voragine. Per cui è giusto metterci mano. Il problema è che secondo me anche la scelta dell'amministratore ha contato, un amministratore che viene da fuori, il quale non aveva pressoché legami con la cittadinanza, aveva molto più mano libera per poter effettuare una strategia che comunque è quella che sottende la normativa. Il dott. Mingione non ha tirato fuori dal cilindro il coniglio per poter modificare ciò che la legge non gli permetteva, quindi ha cominciato ad operare secondo una serie di principi che lui ritiene validi. Riconosco al dott. Mingione di essere una persona molto intelligente, perché intanto ha saputo affrontare il problema secondo diversi aspetti, soprattutto questo della comunicazione. Non aspetta la critica, la previene, cerca di avvicinarsi in tutta una serie di organizzazioni, di strutture, dalle strutture pubbliche a quelle private, cerca di intervenire, di prevenire. Però, nonostante questo riconosco che il sistema-sanità trova una difficoltà estrema quando perde alcuni capisaldi che sono quelli dell'aspetto pubblico della situazione.

Mi spiace perché per la terza volta sono a dirle le stesse cose. Le si contestavano alcune assunzioni o l'arbitrarietà — che lei ha giustificato dicendo che la legge glielo permetteva — con cui si arrivava, infine, a determinare un

primariato, che lasciava anche amareggiati gli operatori che lavoravano in precedenza, altri che si sentivano scavalcati per una ragione che forse non tutti dividevano, non tutti capivano. Dicevo che questa era una cosa importante, perché può anche snellire tutta una serie di attività legate alla sanità che necessitano anche di decisioni più celeri. Doveva poi essere data, in contropartita, anche la possibilità di agire come privati anche quando le cose non andavano bene.

Mi riferisco soprattutto alla struttura ospedaliera, perché sul territorio un bel discorso sta avviandosi, è vero, la nostra Asl ha improntato il servizio del 118, non sono tanti ad averlo, con medici all'interno delle ambulanze. Forse è da migliorare anche questo, perché zone limitrofe potrebbero avere dei problemi di intervento. Guarda caso, non so perché, ma dal momento in cui è intervenuta questa direzione il nostro ospedale ha perduto quel tipo di autonomia, quel tipo di intervento quel tipo soprattutto di autorevolezza che aveva un tempo. Lo so quali sono state le situazioni che hanno generato questa precaria, spero, situazione. Le dicevo anche che era molto difficile ripristinare i livelli di efficienza passata, perché il circolo virtuoso non si ricrea nell'arco di 3-6 mesi, ci vogliono anni. Quindi problema della chirurgia, problema di altre strutture che, pur non essendo comprese nell'ospedale di rete le possedevamo, le avevamo e ancora le abbiamo. Spero che lei faccia uno sforzo ulteriore per non abbandonarle. Però, come le dissi allora, per non abbandonare queste strutture — parlo del reparto di otorino e di oculistica — occorre. E' come il pizzicagnolo che non vede più entrare gente e comincia a comperare prodotti sempre più scadenti: ne avrà sempre di meno di qualità. Il discorso è la scommessa, l'analisi del territorio, vedere se dobbiamo essere riferimento soprattutto per l'entroterra, avviare e investire su questi che potrebbero essere dei punti di riferimento, fare una scrematura prima. Se alcuni servizi obiettivamente non possono essere competitivi la gente lo capisce, ma non lasciamo morire le situazioni per inerzia. Questo è ciò che va a detrimento di un'immagine generale.

Purtroppo ho avuto occasione di intervenire in ospedale con dei miei familiari e sono

andato in Ancona per delle urgenze e non mi sono mai sentito menomato: hanno risolto immediatamente il problema e ad Urbino non potevano farlo — parlo della pediatria — eppure non mi è costato più di tanto, perché ho avuto una risposta. Prima di arrivare a questo, prima di creare illusioni ecc., stabiliamo quello che è possibile fare e quello che non è possibile fare: allora investiremo anche in maniera migliore su queste situazioni.

Ho parlato anche con operatori nel campo dell'oculistica e con altri: se non si investe, se l'infermiere è difficile da reperire, se gli strumenti sono obsoleti prima o poi bisogna chiudere. Ho qui il verbale di quell'incontro che abbiamo fatto a porte chiuse l'altra volta dove ci siamo detti fuori dei denti tutta una serie di situazioni: quelle secondo me rimangono tutte. Però vedo che l'azienda va comunque avanti, dà anche delle risposte per altre situazioni, ha la possibilità di aprire la rianimazione. Ma siccome è un centro di intervento d'urgenza, dovrà avere anche un supporto, dovrà essere un completamento di un'azione più ampia che va comunque rimessa in moto. Questo è quello che le chiediamo. Non vorrei che buttassimo via il bambino con l'acqua sporca. Quindi, individuiamo degli elementi certi che sono sotto gli occhi di tutti.

Lei non mi ha mai visto venire nei suoi uffici a fare un'indagine per vedere tutta una serie di interventi, ma parlo di ciò che è il sentire comune. E' peggiore questo, perché quando la cosa è diffusa e il sentire comune si attanaglia su questi elementi e ti vengono a dire "su questo problema, cosa mi dici?", cosa dico? "E' migliore questa situazione, oppure devo andare altrove?". E' vero che c'è stato un flusso migratorio per altre strutture.

Io sono anche consigliere in Comunità montana e già lì il discorso sulla sanità è apprezzato in maniera differente, però anche loro riconoscono che Urbino potrebbe essere un centro di riferimento più potenziato, che possa dare più risposte. Sulla nuova ala io ho ribadito anche l'altra volta che la nuova ala dell'ospedale il dott. Mingione nulla c'entra, perché è stato un impegno della scorsa composizione comunale, ed era un disegno preciso: quello di dare un potenziamento strategico all'ospedale. E ha

avuto non pochi problemi questa struttura, perché c'è stata una volontà di interrompere, ma non è che c'è stato qualcuno che è fallito, signora Ciampi, c'era la Regione che diceva "se quello diventa un ospedale di rete e non può avere questi servizi, cosa gliela diamo a fare questa struttura sanitaria?". E ci hanno bloccato per un anno e mezzo, nonostante che prima ci avessero finanziato. E' stato solo l'impegno dell'Amministrazione e anche di alcuni dirigenti del Comune di Urbino che ci hanno perso le notti, che per altri versi sono magari un po' carenti ma che su questo tema si sono impegnati in maniera incredibile, tant'è che la struttura alla fine è venuta. Questo è secondo me un segno di garanzia, perché è vero che si tratta di una struttura all'avanguardia, così com'è vero che ha dovuto investire tantissimo per la soluzione di tutte quelle problematiche che non sono apparenti ma che tanto vogliono dire sulla prevenzione, sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, come la 626.

E' vero, noi abbiamo contestato — l'aveva tirato fuori Claudia Pandolfi — le metodologie, come viene gestito il cosiddetto apparato amministrativo, però ho visto che un po' ci si è calmati, su questa situazione si è trovato anche un equilibrio. Non vorrei dilungarmi su tutta una serie di elencazioni che lei ha fatto, comunque le riconosco un impegno e riconosco anche che la sua gestione si sia allargata, valuti il territorio nella sua globalità. Vorrei anche sentire che cosa dicono a Novafeltria, come a Cagli. So che a Cagli hanno fatto un comitato per la tutela dell'ospedale, noi non l'abbiamo ancora fatto. So che ancora esistono queste situazioni di campanilismo, però non mi sono meravigliato: ho dovuto fare una risonanza magnetica e sono andato a Cagli. Chiariamole queste situazioni non le facciamo rimanere in un'area di indecisione che non è favorevole a nessuno, questo è il discorso.

Inoltre si chiede l'impegno di intervenire anche soltanto per la specialistica, per le visite, per queste liste d'attesa. E' impossibile non riuscire a trovare una soluzione per queste cose. Lei sa meglio di me — perché questo è un problema che affronta da vent'anni — che ancora nella sanità c'è un doppio binario: c'è il

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

pubblico e c'è il privato, c'è l'operatore che svolge in un certo modo l'attività pubblica, poi la sera la svolge in maniera privata, quindi con un lucro che è anche giusto. Lei ha cercato anche di inquadrare questo, ma secondo me tutto nasce da qui. Ma va affrontato. Creiamo sistemi di incentivazione, creiamo delle situazioni per cercare di dare la possibilità di svolgere l'opera soprattutto all'interno della struttura ospedaliera. Non è possibile che per fare un doppler si debbano aspettare tre mesi, perché vuol dire che non riusciamo a dare la giusta aspettativa alla gente, vanifichiamo in parte l'intervento. La salute è qualche cosa che, oltre ad essere un male fisico, è addirittura un male psicologico. Se io so di stare male e mi dicono "devi aspettare tre mesi", se ho le possibilità, i soldi, gli amici e quant'altro mi rivolgo a tutti per risolvere il problema il giorno dopo. E' chiaro che tutti non possono fare ciò. Noi dobbiamo cercare, almeno in queste cose che sono così eclatanti, che sono alla portata di tutti, di intervenire per eliminare queste considerazioni.

**PRESIDENTE.** Se non vi sono altri interventi, do la parola al dott. Mingione per le risposte.

**Dott. CIRO MINGIONE.** E' vero come diceva De Filippo che gli esami non finiscono mai, questa è una cosa bella, a me fa piacere. Voglio dirvi che accolgo i vostri contributi come appunto dei contributi: tutto ciò che voi mi avete detto questa sera, come le altre volte, induce me a riflettere e cercare di fare il possibile per dare delle risposte. Noi prima studiavamo per superare l'esame della Tac, una volta superato l'esame della Tac si siamo messi a studiare per capire bene il ruolo dei tre ospedali, poi abbiamo superato questo esame, finché abbiamo superato l'esame della rianimazione, adesso studieremo come dobbiamo comportarci soprattutto per superare l'esame dell'umanizzazione dell'accoglienza che mi sembra il punto centrale e lo riprendo per primo perché è vero quello che ho detto nel 1999 e ripeto pari pari. Sa cos'è che manca, consigliere Foschi? Secondo me manca l'amore. Non è una frase fatta, perché quando si fa un atto medico

non è sufficiente dare solo le medicine. Padre Pio diceva che ci vogliono delle gocce d'amore, altrimenti le medicine, da sole, non raggiungono nessun effetto.

Io mi adopererò fino alla follia per fare una cosa del genere nelle nostre strutture, però ci vuole anche la buona volontà di tutti e soprattutto degli operatori che purtroppo molte volte, annichiliti da questa sofferenza continua che trattano e da questi insuccessi che si hanno anche nel campo medico, non riescono a valutare la reazione che può avere un loro disinteresse nei confronti di una persona che soffre o di un suo familiare. Quindi non è colpa neanche degli operatori che questo mestiere qualche volta abbrutisce, però noi ci sforzeremo moltissimo per fare questo e io ho chiesto l'aiuto di tutti per questo, perché è una battaglia enorme, troppo grossa, e io da solo non la vincerò mai. Ho chiesto l'aiuto del Consiglio comunale, ho chiesto l'aiuto della città oltre a chiedere l'aiuto di tutti i miei operatori, ho chiesto l'aiuto delle associazioni e il tribunale del malato sta venendo tutti i giorni a darmi una mano su questo, però qualche cosa abbiamo cominciato a fare, c'è qualche cosa di diverso rispetto a prima nel discorso dell'umanizzazione dell'accoglienza. Purtroppo ho dovuto preoccuparmi, perché è vero, ci sono delle leggi, ci sono delle norme che mi obbligavano ad avere l'ospedale di rete entro il 7 febbraio.

E' anche facile mettersi dall'altra parte e dire "bisogna fare questo, bisogna fare quello". Sapete che entro il 7 febbraio, per una legge regionale noi abbiamo dovuto riempire una montagna di carte per chiedere l'autorizzazione al Comune che ce la deve firmare, altrimenti le nostre strutture sarebbero state chiuse da una legge sulla certificazione e sull'autorizzazione. Capite che abbiamo dovuto impegnare tutte le forze per fare questo. Se io non faccio l'ospedale di rete, lo chiudono.

Questo per dire, signora Ciampi, che io non mi sono mai sognato di dire che prima non c'era un ospedale. Prima non c'era l'ospedale di rete così come lo voleva la Regione, ma non ho mai detto che era un ospedale che non funzionava. Ho detto che era un ospedale che funzionava per il ruolo che doveva avere; oggi doveva avere un ruolo diverso e io sono stato

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

chiamato per fare l'ospedale di rete, nel quale credo fermamente.

Così come credo che lei ha espresso quelle preoccupazioni perché voleva da noi una risposta tranquillizzante. Io gliela do tutta la risposta tranquillizzante, dicendo che non è vero questo fatto del sabato e domenica, e glielo dice il direttore generale. La signora della porta a fianco o la persona di strada non hanno titolo per dire questo, io ho titolo e glielo dico: non esiste nessun sabato e domenica. Il sabato e la domenica si va a fare il week-end, magari, sulle nostre colline e montagne bellissime.

Per quanto riguarda i reparti di otorino e oculistica voglio spiegare una cosa, così capiremo anche per il futuro. Per esempio, il reparto di pediatria non è previsto nel piano sanitario regionale. E allora cosa faremo, quando il primario andrà in pensione, a giugno, chiuderemo la pediatria? Sostituiamo il primario. La cardiologia non è prevista come posti letto, nel piano sanitario regionale. Perché vi dico questo? Perché così non ci spaventiamo più, nel futuro, se succedono delle cose.

Il piano sanitario regionale definisce le cose che uno deve per forza avere per essere ospedale di rete. Se non le ha non può essere ospedale di rete. Se non ha la rianimazione, se non ha il pronto soccorso, se non ha la Tac, se non ha la chirurgia generale, se non ha l'ortopedia, se non la ginecologia allora non può essere ospedale di rete. Si dice "io ti do i soldi per avere questo; tutto quello che ti ritieni, come azienda, che serve per la tua popolazione lo puoi fare in piena autonomia, è chiaro che lo finanzia tu, e devi essere bravo a farlo uscire dal bilancio che io ti do. Però non te lo vieto". Questo significa che io, insieme alla mia città, devo decidere se tenermi l'otorino, l'oculista, il pediatra, la cardiologia. Se, come abbiamo deciso in tempi non sospetti, tutti, che valeva la pena tenere l'otorino, l'oculista, la pediatria, la cardiologia perché erano necessari per questo territorio che sta nell'entroterra, continuiamo su questa strada. Abbiamo fatto un piano strategico e non vedo perché vi dobbiate preoccupare. Perché non venite alla fonte, a chi decide queste cose, a chiedere notizie prima di dirlo agli altri? L'unica cosa che le chiedo è questa: prima di dirlo e che le altre persone che non

sono addentro come noi si possano preoccupare, mi si poteva fare un colpo di telefono e io avrei tranquillizzato, in modo che gli altri non avrebbero avuto questa preoccupazione. Quando a giugno andrà via il primario di pediatria, stia tranquilla che noi non chiuderemo la pediatria, anche se il piano non l'ha previsto. Però noi abbiamo detto: siccome qui nascono 900-1.000 bambini all'anno, la pediatria la dobbiamo avere, anche se qualcuno decide che non la dobbiamo avere. Questo per darle tranquillità.

Sul problema del tasso di ospedalizzazione le devo dare un'informazione in più. Quando parliamo di riduzione del tasso di ospedalizzazione parliamo di un tasso complessivo, sia in uscita che nostro. Quindi, quando si riduce il tasso di ospedalizzazione si riducono i ricoveri sia da noi che di quelli che vanno fuori. Ecco perché è importante. Ma è importante se i ricoveri che rimangono sono quelli giusti. La tragicità sarebbe quella che i ricoveri che debbono essere veramente ricoverati non si ricoverano e si ricoverano i cosiddetti "impropri". Per fortuna questo discorso non sta avvenendo, i tassi di ospedalizzazione si riducono, soprattutto perché si riducono i ricoveri impropri, e questo grazie al fatto che, come diceva Serafini, si sta facendo un ottimo lavoro sul territorio e anche con i medici di medicina generale, quindi stia tranquilla che noi non abbiamo fughe patologiche, abbiamo circa 6 miliardi di fughe istituzionali, se così le posso chiamare, che noi dovremo sempre avere, perché sono per malattie che noi non possiamo curare perché non siamo abilitati a curare, come la neurochirurgia, la cardiocirurgia, il trapianto del midollo. Sono quelle cose che noi non potremo fare mai perché non le dobbiamo fare. Per quelle noi spendiamo, in genere, sui 6 miliardi all'anno, quindi quella è fuga fisiologica istituzionalizzata: l'avremo sempre. Dovremo cercare di avere quella aggiuntiva a questa, ma le posso garantire che le nostre fughe non sono superiori alla media regionale, quindi stiamo lavorando benino anche su questo.

Per quanto riguarda i problemi delle degenze sì, io accolgo, come feci l'altra volta, l'invito. Sono consapevole che se la città mi dice che ci sono dei reparti che non funzionano



come dovrebbero funzionare... Qualcuno l'altra volta mi disse "lei, caro direttore, può fare il sole, però se c'è qualcosa che non funziona anche il sole si oscura". Mi rendo conto, però vorrei far capire che la posizione e il ruolo del direttore generale non sono così facili come sembra. Non è che uno ha potere di vita e di morte, purtroppo ci sono delle regole, perché noi siamo un'azienda pubblica sanitaria, quindi abbiamo il fine pubblico normato da regole pubbliche. Significa che quando dobbiamo dire la nostra o quando il direttore generale deve dire la sua sull'operato di professionisti — perché di professionisti si tratta — non può permettersi il lusso di dire quello che pensa, ma deve documentare, certificare e avere il supporto di commissioni di valutazione che avallino quello che possono pensare il direttore generale o la cittadinanza. Non basta che la città dica che certe cose non vanno bene, il direttore generale ha il dovere di dimostrare a questi nuclei di valutazione, a questi consigli tecnici, che in effetti quello che dice la città è vero: il direttore generale sta lavorando in questo senso, ci vuole un po' di pazienza come l'avete avuta fino adesso. E questo vale per tutti i reparti, perché noi abbiamo attivato la valutazione finalmente, da quest'anno, quindi oggi saremo in grado di valutarli e di monitorarli continuamente. Certo l'abbiamo fatto con ritardo perché abbiamo dovuto fare tante cose, ma è partita anche questa, come diceva il Sindaco, quindi spero che nelle prossime volte che ci vedremo io possa essere ancora più chiaro su queste cose.

Lei a ragione si preoccupava, signora Ciampi, dicendo "quando si apre una tecnologia così sofisticata e così importante come la rianimazione deve andare tutto bene". Guardi, che noi abbiamo ritardato proprio per questo. Abbiamo ritardato perché io ho preteso di aprire la rianimazione quando tutte le certificazioni di collaudo di tutti i responsabili vi sono, quando mi garantiscono con carte scritte, dopo che i tecnici hanno fatto le verifiche, che quella rianimazione funziona come un orologio, altrimenti non apro. Adesso che ho questa certezza posso aprire. Certo, poi siamo sotto il cielo, però abbiamo fatto il massimo che potevamo fare. La sua preoccupazione è giusta, io la

tranquillizzo su questo: abbiamo fatto tutto quello che dovevamo fare.

Sul problema degli appalti ha risposto Serafini. Io non saprei che dirle, perché ho solo avuto il compito di realizzare una progettazione già fatta che risale al 1989 quando è stato fatto il piano di fattibilità, poi negli anni si è prorogata. Io avevo solo il dovere di portare avanti i lotti — ne abbiamo portati due, ne devo portare un terzo — di una progettazione che non è stata mia, ma ciò nonostante io la devo comunque portare avanti, quindi non so che cosa dirle su questa cosa. Verificherò quello che lei mi diceva della lavanderia.

Sul servizio di prenotazione l'altra volta ci avevate chiesto di sollecitare, l'abbiamo fatto, però gli esami non finiscono mai: superato un esame ne dobbiamo superare un altro. Adesso verificheremo se funziona come deve funzionare, ma io lo prendo come fatto buono, come stimolo, non lo prendo come polemica, assolutamente.

Lei mi chiese l'elenco dei lavoratori, gliel'ho portato e le dico che i dati del personale aggiornati alla fine dell'anno dimostrano che su 1.002 dipendenti, 974 sono delle Marche, 12 dell'Umbria, di cui 10 titolari e 2 temporanei, 6 dell'Emilia Romagna, di cui 5 titolari e 1 temporaneo, 5 della Campania di cui 2 titolari e 3 temporanei, 2 della Puglia titolari, 2 dell'Abruzzo, 1 della Toscana. Queste sono le provenienze.

Per Mechelli il discorso più o meno verte sulle cose già dette, quindi su medicina, chirurgia e pronto soccorso stiamo vigilando con questo sistema di valutazione. Purtroppo per i primi risultati dobbiamo attendere.

Rispetto alle liste d'attesa mi ero impegnato su alcune cose, su quello che più mi sollecitavano la città e gli utenti, cioè l'ecodoppler per gli anziani. Vi posso dire che questo sforzo l'abbiamo fatto. Prima ricorderete che si chiudevano le liste di prenotazione, poi c'erano cinque mesi di attesa, adesso sono meno di due mesi perché abbiamo potenziato il servizio.

Sul problema dei costi non mi sono mai sognato di dire che dobbiamo risparmiare, io ho sempre detto che dobbiamo utilizzare meglio i soldi, ma mai risparmiare, il risparmio è una

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

cosa che non mi appartiene. Io non sono un imprenditore privato, non perseguo il profitto, quindi non ho nessuna intenzione né ho il dovere di risparmiare. Io ho il dovere, invece, di utilizzare bene i soldi che è altra cosa, cioè di spendere meglio. Spendere meglio significa dare e potenziare i servizi che vi sono. Io mi sforzo di fare questo, ma chiunque mi conosca sa che io bandisco la voce "risparmio". Ciononostante, le posso garantire che noi non siamo nella regione Marche quelli che contribuiscono fortemente al disavanzo, pur avendo fatto alcune cose che hanno un certo rilievo. Noi li utilizziamo benino i soldi, perché li utilizziamo per fare servizi in più. certo, ne dobbiamo fare molti altri meglio, però li utilizziamo per fare questo. Se lei avrà il piacere, quando saremo pronti, di analizzare il bilancio del 2000 — verso maggio-giugno, quando avremo gli ultimi dati della mobilità che ci deve dare la Regione — constaterà che l'andamento indica che l'aumento che avremo sulla spesa rispetto all'anno precedente sarà del 2,5% in percentuale, che è una sciocchezza: pensate che il 2,7% è l'inflazione, da sola. Significa che noi abbiamo il 2,5% più dell'anno scorso, con i servizi che abbiamo dato. Nella regione si viaggia sul 6% d'incremento di spesa. Quindi vuol dire che i soldi che ci danno li utilizziamo bene perché certe cose riusciamo a farle. Questo significa che non abbiamo affatto risparmiato, anzi abbiamo fatto la rianimazione, abbiamo acquistato risorse umane, abbiamo dovuto acquistare 12 infermieri, 12 Ota, abbiamo dovuto acquistare risorse, quindi non abbiamo risparmiato, abbiamo investito. Quindi lei sfonda una porta aperta su questa questione.

CLAUDIA PANDOLFI. Era l'ultimo dei miei problemi, nel senso che io le chiedevo, in relazione ai costi, di avere informazioni su quanti incarichi questa Asl dà a tempo indeterminato e quali figure professionali diverse da quelle a cui noi siamo abituati a pensare sono state attivate.

Dott. CIRO MINGIONE. Non lo so, glielo farò sapere, ma se fossero questi che incidono sui costi, saremmo fortunati. Il problema sono le 974 persone in pianta organica e che rappre-

sentano il 70% del bilancio di un'azienda. Sono quelli i costi, comunque glielo farò sapere ugualmente. Adesso non lo so, bisogna chiederlo all'ufficio personale. Lei aveva detto che noi volevamo ridurre i costi, io ho cercato di tranquillizzarla dicendo che noi non vogliamo assolutamente risparmiare. Noi abbiamo un bilancio pubblico come il Comune, come altri enti, la maggioranza dei costi dipendono dal personale, gli altri sono beni e servizi, poi abbiamo la spesa farmaceutica e si è chiuso il bilancio. La possibilità di una manovra che ha la direzione generale è dell'ordine del 2%, quindi una cosa irrisoria, tutti gli atti sono già stabiliti dalle categorie di spesa che purtroppo noi subiamo indipendentemente dalla nostra volontà.

Comunque lei ce lo chieda ufficialmente: all'ufficio personale le faranno conoscere tutte le notizie che lei ha bisogno di avere.

Ci accusate di curare solo l'immagine. Per la verità ci sono molti che dicono il contrario, che dicono che non curiamo affatto l'immagine, che non facciamo sapere mai quello che facciamo, che sottovalutiamo la comunicazione. Ho piacere di sentire che questo problema l'abbiamo affrontato e lo stiamo affrontando anche con grande serietà. Questo non significa che vogliamo nascondere i problemi che ci sono, quindi i problemi che voi più volte avete ripetuto sui reparti, noi li stiamo adeguatamente valutando.

Consigliere Serafini, noi abbiamo moltissimi punti di eccellenza in questo ospedale. Faccio più presto a dire quello che non funziona che quello che funziona, perché è pochissimo quello che non funziona.

ALCEO SERAFINI. E' poco, ma importante.

Dott. CIRO MINGIONE. Vuol dire che come ci siamo messi a far funzionare le altre cose faremo funzionare anche queste, con molta calma e pazienza. Però dire che l'ospedale di Urbino non si propone allo scenario provinciale e provinciale è cosa lunga, tant'è che Pesaro sta aspettando che noi gli diamo l'okay perché deve chiudere la rianimazione in quanto si servirà dell'ospedale di Urbino che ritiene un

SEDUTA N. 28 DELL'8 FEBBRAIO 2001

ospedale molto affidabile, per dire che noi abbiamo una certa dignità e una certa considerazione.

Lei dice che probabilmente le liste d'attesa avranno diverse origine e un'origine certa è il conflitto tra il pubblico e il privato. Non voglio entrare in questa diatriba, perché ci prenderebbe tantissimo tempo. Voglio dire soltanto una cosa: a me non importa un accidente, io non combatto i privati, nel senso che per me ogni medico può fare il privato come vuole. A me interessa garantire il pubblico, che è cosa diversa. Io dico che un medico può fare tutto il privato che vuole, può fare le visite e decidere di prendersi quanto vuole, a me non interessa, non rientra nella mia sfera di azione. A me interessa che quel medico mi garantisca il pubblico, cioè che quello che deve essere garantito come pubblico noi lo abbiamo e lo possiamo pretendere. Io utilizzerò tutte le leggi, tutte le norme e tutta la mia opera di convinzione, se può servire, o la mia autorità, se può servire, per fare in modo che i miei collaboratori possano e debbano garantire il pubblico.

Sul problema dell'intramoenia abbiamo la legge che ci dice che se scelgono di fare il privato all'interno delle strutture non possono fare più di quanto fanno nel pubblico. Questo lo faremo rispettare di sicuro e di certo. Chi sceglie invece di fare il privato fuori non posso andare a controllarlo, perché non mi attiene, ma su quell'altra cosa mi impegno fortemente perché ci credo. Spero che questo ci faccia ridurre veramente le liste d'attesa.

Non so se ho risposto a tutto ciò che mi è stato chiesto, ma queste sono le cose che mi sono appuntato.

**PRESIDENTE.** Ha la parola il consigliere Bastianelli.

**VALENTINO BASTIANELLI.** Per quanto riguarda i due reparti di oculistica e otorino, vorrei una precisazione. Lei ci ha assicurato che questi due reparti rimarranno e andranno avanti. Visto che i medici sono comunque pochi in questi reparti e hanno problemi di reperibilità, sono costretti a fare turni di reperibilità assurdi, cos'ha intenzione di fare?

Assumere un medico per aiutare e riuscire ad avere questi turni con una certa regolarità?

**Dott. CIRO MINGIONE.** Dovrebbe cercare di essere un po' più preciso: si riferisce alla guardia interdivisionale, alla guardia attiva? Non ho capito bene a che cosa si riferisce. Mi faccia degli esempi.

**VALENTINO BASTIANELLI.** Vi sono tre medici che hanno problemi di reperibilità per coprire l'intero orario.

**Dott. CIRO MINGIONE.** Dove, se vengono chiamati al pronto soccorso?

**VALENTINO BASTIANELLI.** Nell'intero orario.

**Dott. CIRO MINGIONE.** Non sono in difficoltà. Gli oculisti fanno gli oculisti e gli otorino fanno gli otorino. Se si riferisce alla reperibilità specifica, loro fanno la reperibilità per gli otorino, così come gli oculisti fanno la reperibilità per gli oculisti, non hanno problemi: fanno 10 reperibilità ciascuno e sono in 3. Magari me lo può chiedere con più precisione successivamente.

**PRESIDENTE.** Ha la parola il Sindaco per le conclusioni.

**MASSIMO GALUZZI, Sindaco.** Concludo rapidamente dicendo la mia impressione sull'esito e sull'utilità del Consiglio comunale. Non vedo la signora Ciampi che mi aveva fatto una domanda che rispetto alle risposte su otorino e oculistica mi vedeva preoccupato. Intanto va bene che un Sindaco sia sempre preoccupato di fronte a possibili problemi, poi io ero preoccupato perché la signora era preoccupata, in quanto sulla stampa dice che a breve, secondo le previsioni e gli obiettivi del piano sanitario, i reparti di oculistica e otorino saranno praticamente smantellati. Di fronte a un'affermazione del genere mi sono preoccupato anch'io. In realtà quello che m'importa è che si chiede al Sindaco se pensa di attivarsi per considerare un problema del genere. Ho cercato di dire che da un pezzo l'Amministrazione comunale si è

attivata, perché il problema non è una questione della fase attuale, ma nel piano sanitario già non erano presenti queste due strutture come reparti ma come servizi. Anch'io apprendo con soddisfazione le assicurazioni che ci fa il direttore generale e credo che comunque dobbiamo essere attenti rispetto ai servizi di otorino e oculistica, così come rispetto ad altre questioni e seguire con costanza l'evolversi delle situazioni, perché credo che siano settori importanti per i quali dobbiamo fare ogni sforzo affinché siano conservati.

Mi pare che il dibattito in Consiglio sia stato molto positivo, che ci sia una linea chiara e anche abbastanza unitaria rispetto agli obiettivi da perseguire e questo è un fatto molto positivo. Abbiamo dato ulteriori elementi alla direzione aziendale, anche rispetto alla riunione che abbiamo fatto come consiglieri comunali, più informale. Abbiamo dato ulteriori elementi alla direzione per valutare quello che la città pone come obiettivi politici e risultati da perseguire. Credo che si possa mandare alla direzione il resoconto di questo Consiglio comunale, affinché si abbia cognizione, testimonianza degli interventi che sono stati fatti e delle sottolineature che sono emerse.

Ho detto all'inizio come intendiamo promuovere, come Giunta, un'assemblea pubblica, magari con la presenza dell'assessore, speriamo prossimamente, affinché si discutano questi temi anche con gli operatori e l'opinione pubblica.

Credo che ci siano dei risultati, come ho detto all'inizio. Nessuno ha voluto dipingere tutto rosa, tutto tranquillo, tutto come già conquistato. Ci si è riferiti più volte anche a punti di difficoltà, punti critici che condivido, però risultati mi pare ci siano e sono stati anche questi sottolineati. Sono d'accordo con l'intervento che faceva il consigliere Mechelli e con una frase che lui diceva: "faremmo male a noi stessi nel vedere sempre tutto nero" e nel non mettere in luce, nel non valorizzare, nel non considerare anche le cose positive che in una situazione come quella della struttura ospedaliera e, complessivamente, come quella del servizio sanitario, ci sono e sono sotto gli occhi di tutti. Credo che a noi stessi non vogliamo fare male.

Alcuni interventi, rispetto ai risultati, hanno posto una questione. Qualcuno ha parlato di campanilismo e della necessità di avere una visione territoriale. Anche questo, secondo me, è un risultato. Questa sera abbiamo fatto la Conferenza dei sindaci e qualcuno ricorderà che si viene da una situazione in cui, per il primo piano sanitario regionale, alcuni anni fa si faceva anche a botte, ci sono state città per anni in conflitto sulle questioni della sanità. Badate, senza grandi risultati, perché questo ha voluto dire per lungo tempo indebolire tutto il territorio, compresa Urbino. Due anni fa mi sono trovato a fare una battaglia per quanto riguardava la permanenza delle Asl, un tema che questa sera non abbiamo affrontato, che è tornato fuori qualche settimana fa. Anche su questo dobbiamo fare sempre e comunque attenzione, al di là delle assicurazioni che ci vengono, questa volta non dal direttore, perché non ha nessun interesse a chiudere la Asl, ma dalla Regione.

Due anni fa abbiamo affrontato la battaglia sul problema delle Asl e non abbiamo avuto un grande sostegno, un grande riscontro dal territorio, complessivamente, rispetto alla necessità di mantenere la Asl nel territorio delle aree interne, perché si veniva ancora da quelle difficoltà di campanile, di contrasto, di conflitto, di visione non complessiva dei problemi della sanità. Credo che invece negli ultimi anni si sono fatti passi enormi in questa direzione, e passi positivi, perché se si fossero fatti passi in avanti ma a detrimento della funzionalità delle strutture, della funzionalità dei servizi sarebbe un problema, non sarebbe un risultato. Credo invece che siano stati fatti passi avanti, con un risultato complessivamente positivo per quanto riguarda la sanità in tutto il territorio, quindi per quello che ci deve essere a Cagli, per quello che ci deve essere a Sassocorvaro e dalle altre parti, ma anche per quanto riguarda le questioni relative a Urbino, per le quali anche questa sera nella Conferenza dei sindaci si è fatta tutta quanti una battaglia affinché si apra la rianimazione, perché Urbino sia un ospedale di rete, perché ci siano ulteriori obiettivi da poter raggiungere. E questo credo sia un risultato nel risultato, un risultato politico che ci aiuta anche

a guardare avanti per uno sviluppo che un problema come quello della sanità deve avere.

Ci sono punti critici, direttore, è stato sottolineato da più parti. Mi pare che anche questo elemento, assieme ai riconoscimenti del lavoro che è stato fatto in questi anni sia venuto fuori con chiarezza, sono state anche date indicazioni. Per esempio non è stato ripreso il problema del territorio: vuol dire che su questo aspetto c'è la condivisione di un risultato positivo, vedi Adi, Rsm, collaborazioni varie e così via. Però sono state indicate alcune difficoltà e io credo che la direzione aziendale di questo debba tenere conto e fare la massima attenzione. Registro alcuni interventi che sono stati fatti, rispetto ad esempio alla situazione di chirurgia e credo che debba essere fatta estrema attenzione a questo, facendo tutte le verifiche necessarie, perché questo è ciò che il Consiglio comunale vuole ottenere. Alcune situazioni critiche, alcuni funzionamenti di reparto, la questione della umanizzazione dell'accoglienza, la questione delle liste d'attesa su cui occorre ancora lavorare. Credo siano aspetti su cui muoversi.

Concludo dicendo che c'è questo fatto di grande rilievo dell'apertura della rianimazione. Il direttore ha fornito anche delle date. Non credo ci debbano essere remore. Ho qui l'ordine del giorno del Consiglio votato unanimemente un anno e mezzo fa che chiede al direttore di accelerare, di muoversi il più possibile, di mantenere gli impegni. Qui non ci deve essere la remora, come se si abbia paura che possa essere attribuito a un successo di qualcuno. E' un grande successo della città, è

una cosa di tutti, è una cosa di cui tutti debbono essere orgogliosi e che dobbiamo saper valorizzare per non farci male, per valorizzare un sistema della sanità che, se riusciamo a portare avanti questi impegni, credo possa funzionare meglio e mettere per davvero al centro Urbino, la situazione territoriale — mi riferisco alle aree interne — ma anche provinciale e regionale rispetto agli obiettivi che insieme ci siamo dati.

PRESIDENTE. Ha chiesto brevemente la parola il consigliere Mechelli.

LINO MECHELLI. Solo per ribadire il concetto di valore di questi incontri. Ringrazio della opportunità dell'iniziativa che hanno preso il Presidente del Consiglio e la Giunta, della disponibilità della direzione della Asl. Dopo gli interventi e gli ulteriori chiarimenti credo che siamo più fiduciosi anche per il futuro. Intendo ribadire ancora un concetto, perché si parla di spendere troppo per l'informazione che qualche volta viene definita "propaganda". Io direi invece di investire perché i cittadini sappiano della presenza sul territorio di tutti i servizi, della loro funzionalità, conoscano la mappatura di tutti i servizi nel territorio. Mi auguro che di questi incontri ce ne siano altri, perché mi sembra che sia un metodo di lavoro che dà frutti. Grazie.

PRESIDENTE. La seduta è tolta.

**La seduta termina alle 24,00**