

# Comune di Jesi

Provincia di Ancona

VERBALE DEL CONSIGLIO COMUNALE DEL 19.09.2008  
ORE 17.30 IN SEDUTA APERTA  
"SANITA' E SERVIZI SOCIO-SANITARI A JESI ED IN VALLESINA:  
SITUAZIONE E PROSPETTIVE FUTURE"

Alle ore 17.45 inizia la seduta del Consiglio Comunale in adunanza aperta.

PRESIDENTE DEL C.C. - CINGOLANI PAOLO: Iniziamo con un quarto d'ora di ritardo sul programma in calendario questo Consiglio Comunale, adunanza aperta, sulle questioni socio sanitarie nella Vallesina. Dobbiamo solo procedere all'appello per verificare i presenti in aula, poi comunicherò quella che è la scaletta dei lavori.

Sono presenti in aula n.18 componenti e Kibuuka Nansubuga Molly

PRESIDENTE DEL C.C. - CINGOLANI PAOLO: Seduta valida, quindi possiamo iniziare i lavori. Saluto gli intervenuti, dal direttore generale dell'ASL ai medici, agli operatori che sono presenti, al Consigliere Regionale Badiali, sperando di non dimenticare nessuno, ed i Consiglieri per aver aderito a questa seduta che annualmente viene fatta sulle questioni relative ai problemi socio sanitari in Vallesina. Ora devo dire una cosa al Dr Bucci ed alla Dr.ssa Italiano. Devo giustificare il Consigliere Lombardi, il Consigliere Pentericci ed il Consigliere Brecciaroli che arriveranno in ritardo, invece è giustificato il Consigliere Lombardi. Vi dico come funzionano i lavori. Le problematiche che questa sera affronteremo riguardano la sanità e l'integrazione socio sanitaria. Ritenevo, però, opportuno, iniziare questa seduta dando voce a quelle che sono le problematiche di un aspetto un po' particolare della sanità, delle questioni sociali in Vallesina, quelle relative alle persone con malattia mentale. Noi, quindi, dedicheremo la prima ora di questo Consiglio Comunale alla conoscenza, all'approfondimento ed all'ascolto di quelle che sono le problematiche delle persone con salute mentale. Inizierà penso il Dr Mari per il dipartimento di salute mentale, ha a sua disposizione venti minuti di tempo per presentare le slide, presentare il lavoro del servizio, poi interverrà l'associazione tutela salute mentale e poi l'associazione Atena, diciamo che il tutto si deve concludere in un'ora. Non ci sarà dibattito in questa fase perché il dibattito, anche su questa problematica, lo svolgeremo alla fine del Consiglio, quando tutti avranno avuto modo anche di presentare le questioni relative all'ospedale, relative agli altri servizi, quando si aprirà il dibattito consiliare. Dopo l'intervento, dopo questa ora, il Sindaco e l'Assessore Aguzzi faranno un'introduzione per portare quello che è il punto di vista dell'Amministrazione Comunale, poi il Dr Mingione, che è invitato accomodarsi insieme al Dr Martini vicino l'Assessore Aguzzi, esporrà le problematiche. Dopo l'intervento del Dr Mingione ci sono già prenotati interventi nell'ordine da parte dello IOM, daremo poi la possibilità alle RSU interne dell'ospedale che hanno presentato con il loro rappresentante Mancinelli di poter portare il loro contributo, tenuto conto che poi questo operatore si deve assentare per motivi di servizio. Dopo Mancinelli, il gruppo Solidarietà. Poi non ci sono altri interventi prenotati, comunque è a disposizione sul tavolo della presidenza un foglio per cui può intervenire chiunque, basta che si prenoti. Io darei la parola al Dr Mari, che è il direttore del dipartimento di salute mentale della zona 5 di Jesi, Vallesina, per fare il suo intervento.

Entrano: Mannarini, Santarelli, Cherubini, Coltorti, Bucci, Tittarelli, Binci, Santoni, Marasca,  
Pentericci e Brecciaroli

Sono presenti in aula n.29 componenti e Kibuuka Nansubuga Molly

DR MARI MASSIMO - DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ZONA 5 DI JESI E VALLESINA: Ringrazio ovviamente la sensibilità di quest'Amministrazione Comunale che lascia così tanto spazio alla discussione di un settore che tante volte è puramente marginale. Mi scuso per tutti i professionisti che sono presenti e lavorano nell'ambito della sanità. Quello che dirò, soprattutto inizialmente, è totalmente introduttivo al tema, per calarci in un linguaggio che a noi è più abituale, invece normalmente tende ad essere diversificato. Vorrei prima di tutto esporre il nostro obiettivo, con chi noi andiamo a relazionarci. Il nostro compito è offrire processo terapeutico. Un tempo si pensava che il problema fosse soltanto questo, alcune volte, la difficoltà di questa relazione con questa persona, si sono spese istituzioni anche molto costose, come manicomi ad esempio, che li hanno rinchiusi per poterli meglio studiare. Poi abbiamo visto che in alcune situazioni il problema coinvolgeva questo ambito che pure aveva una rappresentazione nel paziente stesso. Ma non ci è bastato questo. Abbiamo qui la Dr.ssa Italiano. Alcune volte la problematica è in questo ambito, l'apertura dei manicomi ecc., si è visto che le istituzioni stesse erano un problema molto ma molto serio, che creavano dei danni molto gravi e quindi bisognava lavorare a questo livello. Poi ancora abbiamo sindromi emergenti nelle nostre comunità, tipo l'anoressia mentale, le tossicodipendenze e quant'altro che si collocano a quest'altro livello di apertura concettuale, nella comunità. Ora sembra abbastanza strano, ma ciascuno di noi si porta dietro tutto questo ambaradan di cose. È molto diverso se un paziente viene da Jesi centro o se viene dalla Costa d'Avorio. Lui ha un sistema di riferimento, ecc., che è assolutamente profondo ad una scala di valori e ad un modo di essere per cui tante volte è più terapeutico, mediatore culturale che uno psichiatra. Tante volte riusciamo ad avere risultati però lavorando addirittura sullo stesso linguaggio. Spero che per tutti sia chiara questa introduzione che la psichiatria moderna necessita di un approccio alla complessità; non può essere ridotta a schemi riduttivi, molecolari e basta, ben inteso che le molecole le medicine servono. Però l'integrazione socio sanitaria ed il lavoro di promozione della salute mentale sono assolutamente basilari. Queste sono le fasi del percorso terapeutico. Qui c'è scritto "centro di salute mentale" e qui è tutto lo spazio che organizza la storia della cura, accoglie, prende l'urgenza, cerca di fare un'analisi della domanda, una diagnosi, una presa in carico, una definizione del progetto terapeutico e la dimissione. Qui c'è scritto SPDC, cioè il reparto che sta in ospedale, il reparto con dodici posti letto, ed ha a che vedere con il contenimento, valutazione clinica, diagnosi ed argine alla crisi acuta. Qui c'è scritto, non si legge, SRR, struttura residenziale riabilitativa, o ancora meglio residenzialità. In alcuni casi la condizione familiare è così grave per cui necessita una separazione artificiale, quindi noi prendiamo in cura nel trattamento di residenzialità l'intero ambito familiare, cioè facciamo gruppi multi familiari con la coordinazione del professor Canevaro ed anche gruppi multi familiari in varie parti del processo riabilitativo. Questo è finalizzato ad avere un'emancipazione adolescenziale che spesso non riesce ad essere efficace a causa della malattia mentale, cioè i nostri pazienti non si staccano, non si possono, non riescono in nessun modo a staccarsi dalla loro famiglia. Questo crea il clima di tensione. Qui abbiamo un'altra parte della riabilitazione che è la semiresidenzialità, con varie attività di inclusione sociale fino al servizio inserimento lavorativo, fino alla gestione del tempo libero. Dal centro di salute mentale si possono aprire, a seconda della gravità e della situazione nel caso, per questi terapeutici semplici o monospecialistici, in altre parole una semplice depressione necessita un trattamento farmacologico e psicoterapico che può fare il solo specialista, ovvero delle terapie complesse, per cui occorre tutto quello che ho appena enunciato. Lo specialista non basta più, ma ci vuole un'equipe terapeutica, ci vuole un reparto, ci vogliono strutture riabilitative e quant'altro. Noi abbiamo ottimi rapporti con altri servizi ovviamente satelliti tipo la casa di cura Villa Iolanda, le RSA, le case di riposo, tante strutture che a seconda dei bisogni accolgono i nostri pazienti. Queste sono le fasi operative del dipartimento di salute mentale. L'invio avviene da queste diverse situazioni, il medico di medicina generale, l'emergenza nel pronto soccorso, diverse istituzioni, i sindaci, i Comuni, ed anche la

persona, se sta bene, riesce addirittura a venire da sola, se sta non tanto male, ha questo tipo di risposte e queste sono le varie fasi di trattamento che noi offriamo a seconda della qualità e della gravità dei pazienti. Alcuni trattamenti sono estremamente complessi, perché richiede un centro di salute mentale, un reparto, l'ambulatorio psichiatrico distrettuale, la struttura residenziale riabilitativa, il gruppo appartamento, il servizio insediamento lavorativo, le cooperative sociali di tipo B. Vedete quante tappe e quante equipe la persona deve imparare, è una situazione veramente molto complessa. A volte riusciamo ad offrire...in cui gli utenti riescano a ricostruire "un nuovo clima familiare", cioè riescono a...un po' con le loro mani. È chiaro che alcune volte invece la situazione è semplice, si viene in ambulatorio specialistico, magari a Jesi e, dopo un trattamento che si spera di successo, si viene rinviati con relazione al medico di medicina generale sostanzialmente. Dipende, come tutte le branche della medicina. Questa è l'organizzazione per funzioni, un po' gerarchica istituzionale, vedete c'è il centro di salute mentale, il reparto, la struttura, il gruppo di appartamento, la struttura residenziale, la promozione della salute mentale, il centro diurno e centro sollievo. Buona parte del nostro tempo, con i rapporti intra ed interistituzionali, le cooperative sociali e tutto questo lo gestisce il comitato di dipartimento composto da membri eletti e membri di diritto. Questa è la parte più burocratica, amministrativa. Adesso sulla qualità e sulla funzionalità ancora altre slide, spero di non annoiare. Questi sono dati che per noi sono assolutamente essenziali. Nel 2003 avevamo incarico 350 casi. Si intende cartelle aperte con almeno tre incontri, ecc., ci sono alcuni parametri regionali per la definizione dell'incarico, un ricovero. Nel 2004 550, nel 2005 946, 952 nel 2006, 1.247 nel 2007 e questo è un dato tendenziale. Noi abbiamo la statistica dei primi sei mesi ovviamente, ma è il dato tendenziale. Questo è un indice di qualità interessante, perché la OMS definisce circa il 2% della popolazione, circa 2.000 casi nella Vallesina, un 2% della popolazione, valore medio di bisogno psichiatrico. Sappiamo che i medici in medicina generale ed altre istituzioni ne coprono gran parte, però noi modestamente diciamo che rispetto ad una situazione del privato abbiamo un tasso di accesso sinceramente molto alto, 1.400 casi, comunque limitiamo ai 1.247 reali e sicuri del 2007, ci sembra un dato tendenzialmente piuttosto buono. Ben inteso che questo non significa che sono tutte persone molto gravi, significa che cerchiamo in tutti i modi a dare una cultura psicoterapica al servizio, ovvero che nell'accogliere anche situazioni non gravi gli operatori stessi imparino, continuino a lavorare in un percorso di processualità, ovvero con condotta di natura psicoterapica efficace che poi a sua volta rientra anche nei casi più gravi stessi. Il centro di salute mentale di Jesi vede il 67% dei pazienti, abbiamo visto che però la sede in Via Matteotti è sede gravissima di stigma, è proprio la porta, lui si vergogna ad entrare al centro di salute mentale. Abbiamo aperto un ambulatorio in Via Guerri in cui l'8% dei casi, attualmente appena aperto, però già un 8% non è poco, sinceramente abbiamo un percorso che si chiama ambulatorio di psicologia medica e psicosomatica, abbiamo un percorso psicoterapico dove le persone vanno come da qualsiasi altro specialista. Riteniamo che questo sia un grosso successo da parte del servizio. Sono tutti e due a Jesi, però qui si riesce a lavorare in un rapporto più di natura psicoterapica e meno grossolano nel rapporto col paziente. È ovvio che in altri casi addirittura dobbiamo fare visite domiciliari. Queste sono le attività degli altri ambulatori che sono comunque alte, non è che stiamo dicendo poco. Il numero è 63%, Cingoli 95, 95 Filottrano, ecc.. Le visite ambulatoriali del centro di salute mentale, questo è un dato a costanza di operatori, cioè non è che sono stati assunti più operatori e quindi noi facciamo quello che possiamo. Vedete, se questo è il trend statistico tra le due linee rosse stiamo andando un po' oltre, cioè i lavoratori del centro di salute mentale sulle visite ambulatoriali tendono a non andare fuori il trend statistico; vedremo nell'anno prossimo come andrà questa storia. Le visite domiciliari. Qui c'è un apparente calo nel 2006, però vi chiedo di non tenerne conto, perché queste sono le visite domiciliari fatte dagli operatori del centro di salute mentale, la direzione ci ha autorizzato a modificare l'unità operativa della struttura residenziale riabilitativa in residenzialità, quindi altrettante visite domiciliari, queste che mancano da qui, sono fatte dagli infermieri in realtà della SRR e dagli educatori della SSR. Ce

ne sono molti, queste sono quelle che fanno gli operatori del centro di salute mentale; ce ne sono molte altre che in un processo di residenzialità e di riabilitazione residenziale vengono fatte. Queste sono le due variabili messe insieme in precedenza, le ambulatoriali e le domiciliari. Questo è un tasso su cui vorrei che prestassimo un attimo di attenzione. Dopo sei mesi, un anno di terapia dimettiamo l'1,50%, rientra lo 0,50% e rimangono incarico 98% di pazienti. Dopo un anno e mezzo, due anni di terapia, dimettiamo il 50% delle persone che vengono da noi e tornano incarico lo 0,70%. Rimane incarico il 49,30%. Dopo due anni e mezzo, tre anni di trattamento il 58% è dimesso. L'1% riapre la cartella, il 41% rimane incarico. Dopo quattro anni e mezzo, quattro anni, il 30% delle persone trattate rimane incarico, il 2% ha avuto una recidiva, il 68% è dimesso. È un po' un orgoglio il 2%, nel senso che quello che trattiamo non è tanto semplice. Soltanto il 2% di riapertura di cartelle per noi è un indice, è grossolano, parliamo di cartelle, poi la vita di uno è diverso dal concetto di cartella. Però questi sono dati di controllo della qualità che ci piace portare avanti. Il servizio psichiatrico di diagnosi e cure, reparto di ricovero ha questo numero di ricoveri, quelli blu sono quelli jesini, quelli rosso mattone sono quelli provenienti da altre zone territoriali ed il giallo sono i totali. Come voi vedete ci attestiamo intorno a circa 200 ricoveri annui a Jesi, sui 275 ricoveri 200 sono jesini e 75 come mobilità attiva, cioè altre zone territoriali, altre regioni vengono a ricoverarsi da noi. Fra l'altro quelli che vengono a ricoverarsi da noi per un terzo sono più gravi, dopo vedremo che cosa. E' un fatto abbastanza importante, questo, che nonostante tutte le nostre difficoltà riusciamo a dare una mano al percorso regionale. Alcuni dati sono ovviamente controversi e discutibili dal punto di vista statistico, però siamo orgogliosi di portarli alla visione di tutti quanti. Il trattamento sanitario obbligatorio intraospedaliero. Uno viene a ricoverarsi da noi, volontario, vediamo che è molto grave, se ne vuole andare, cerchiamo di convincerlo in tutti i modi, non ci riusciamo, gli facciamo un trattamento sanitario obbligatorio. Vedete, siamo arrivati anche a 13 nel 2005, 13 volte in un anno abbiamo dovuto trasformare un volontario in obbligatorio. Negli ultimi due anni siamo rimasti a tre, questo per me è molto importante, cioè la capacità di convincimento, ecc., tante persone entrano ma stanno molto male, dopo un po' cambiano idea. Soltanto tre volte abbiamo dovuto ricorrere ad un trattamento sanitario obbligatorio. Questo riguardo ai trattamenti sanitari obbligatori. Quanti se ne fanno? Perché è un trauma, è una misura che usiamo proprio come estrema ratio, cioè quando ricoveriamo coatto, non volontario, una persona, quando lo amputiamo, seppur temporaneamente della sua capacità di decidere della sua vita. Si tenga conto che qui erano 350 pazienti incarico e qui ne abbiamo 1.247, si tenga conto di questa differenza e ci attestiamo in un tasso intorno al 30, fortuna più fortuna meno, che sinceramente non mi sembra tante volte. In compenso ne ospitiamo 26 provenienti da altre zone territoriali, cioè sui 75 ricoveri provenienti dall'esterno, 26 sono gravissimi, potete valutare voi questo cosa significa. Il tasso di trattamenti sanitari obbligatori è 57. Questo è un dato assolutamente controverso e doloroso, però sull'indice di qualità che noi esponiamo, perché sempre ci è chiesto "ma voi contenete fisicamente i pazienti?", e bene sì, quando ci vuole sì, noi non alziamo molto i dosaggi farmacologici fino a fare delle mezze anestesia, quando un paziente si fa del male, picchia gli altri, ecc., alcune volte lo tratteniamo a letto con le procedure che sono di legge, secondo un protocollo che è assolutamente stabilito. È chiaro che questo è un indice della qualità della nostra capacità di accoglienza, di dialogo e di rapporto con la persona stessa. Cerchiamo in tutti i modi di farne il meno possibile. Non è un tasso altissimo, siamo riusciti ad arrivare nel 2006 a 15 e poi abbiamo avuto un anno difficile in cui anche la leadership del reparto stesso è stata cambiata due o tre volte, abbiamo avuto dei cambiamenti di abitudine e sinceramente per ben 25 persone abbiamo dovuto ricorrere ai mezzi forti. Ci dispiace moltissimo, uno dei nostri indici di qualità è proprio nel cercare di farlo il meno possibile, però, attenzione bene, io preferisco essere fermo piuttosto che abbandonare una persona alla sua autodistruttività, ricordatevi il discorso del tasso suicidarlo che qui non citeremo. Ricoveri ripetuti. Altro indice di qualità. È una tabella che non funziona tanto bene, questa, perché sembra chissà quanto, in realtà questo è 43 e questo è 39. In anni diversi ne facciamo 40/43/43/39 e 40. Abbiamo un tasso di

ricovero grosso modo costante intorno ai 40 casi di persone che si ricoverano più volte in un anno. Questo è un indice per noi che, ahimé, il progetto terapeutico non sta funzionando tanto bene. Di questi, però, noi siamo andati a misurare il tasso di costanza, quelli che nel 2005 si sono ricoverati più volte nel 2006 quante volte si ricoverano? Nel 2007 e nel 2008? Questo è un tasso di costanza alla cronicità perché uno, sa, ha un anno sballato e poi l'anno dopo si aggiusta e parte, va, troviamo la via giusta. Insisto che abbiamo problemi grossissimi tante volte. Dopo un anno il 70% dei casi si ripresenta più volte o anche una volta sola. Dopo due anni solo il 35% e questo tasso rimane, che sul numero medio di 40 il 35% sono circa dieci, undici persone in cui abbiamo un po' di difficoltà a stabilire un percorso terapeutico che non sia semplicemente contenitivo. Dieci, undici su 1.247 è molto, ma sinceramente non è proprio moltissimo. Questa è la degenza in reparto, vado un po' veloce su questa cosa, abbiamo un tasso di occupazione del 90%, ci sembra economicamente valido, abbiamo una degenza media di dodici giorni e mezzo, undici giorni, tra gli undici ed i dodici che è pari alla degenza media, però alcune persone stanno anche quattro mesi, altri stanno una settimana, è la media. La presenza media è intorno ai dieci, undici, abbiamo dodici posti letti e non mettiamo mai, mai letti aggiuntivi e quindi ci attestiamo più o meno ad undici posti. Ricordo una cosa dolentissima: il Comune di Jesi non ha reperibilità dei vigili urbani notturna. Questo significa che se abbiamo dodici posti letto pieni e c'è una crisi acuta in pronto soccorso, noi non possiamo fare, come fa tutto il mondo, di mandare persone a situazioni esterne, tipo Fano, Senigallia, Ancona, non possiamo utilizzare altri reparti. L'abbiamo fatto una volta, una psichiatra, una persona piuttosto larga in crisi maniacale, autoambulanza in mezzo all'autostrada, non lo faremo mai più, mai più. Noi chiediamo in tutti i modi che questa reperibilità dei vigili urbani sia ripristinata perché è un elemento per noi assolutamente fondamentale, perché noi siamo costretti, come direzione sanitaria, a lasciare tutte le sere uno, due posti liberi, perché se c'è un'urgenza almeno non facciamo tanti scherzi, quindi dei dodici posti letti ne utilizziamo undici o dieci, soprattutto nelle festività anche dieci. Ve lo chiediamo in tutti i modi perché questo è un diritto che i cittadini jesini hanno. Queste sono le attività del centro diurno e del centro sollievo in marrone scuro, sono il numero di prestazioni. Qualche minuto di attenzione sulla residenzialità, cioè quando c'è una situazione talmente tanto grave che noi prevediamo un percorso di riabilitazione residenziale che cosa succede in realtà? Da quando è stata aperta la struttura residenziale riabilitativa sono stati trattati 68 pazienti, hanno portato fine percorso, nel senso che sono andati o a casa loro o in un gruppo appartamento, sono stati bene, hanno conseguito un lavoro, hanno ristabilito dei legami validi, 33 pazienti su 68, 15 di questi 68 sono ancora in attuale trattamento, cioè non hanno finito il percorso di cura. In totale l'indice di ritenzione al trattamento, che nella valutazione della qualità di una struttura è molto importante, vediamo che è dato da 48 persone, cioè 48 persone o sono ancora in trattamento nel caso di questi 15, o hanno già finito con soddisfazione. Che significa? Che abbiamo un 48% di risultati totalmente soddisfacenti ed un 70% di indice di ritenzione al trattamento. Questo per qualsiasi medicina, qualsiasi farmaco è risultato del tutto accettabile. Quelli che non funziona, questo percorso, sono 20 casi che hanno interrotto il trattamento, 14 hanno ancora altri trattamenti, 6 in cinque o sei anni sono persone di cui abbiamo perso i contatti. Ovviamente sappiamo tutti nomi e cognomi, non è che sono abbandonati, ma non hanno trattamento. Questa è la nostra percentuale di efficacia. Sarebbe interessante vedere qualsiasi altra. Vi assicuro che il discorso di fine percorso è assolutamente encomiabile, perché casi gravi che riescono ad inserirsi fino a questo punto, anche fosse uno e non 33, capirete. Ho dimenticato di dire una cosa sola, attenzione che in alcune situazioni qui è necessaria una cooperativa a bassa soglia. Sono stati inseriti nel mondo del lavoro, con contratto stabile, quelli che attualmente curiamo, cioè lavorano, hanno un contratto, che abbiamo trovato noi, 45 pazienti e 65 sono in un percorso formativo con borse lavoro, altri interventi nelle varie situazioni nelle cooperative sociali. Certo questo non è merito mio ma è merito delle cooperative sociali di tipo B e di una certa disponibilità del mondo del lavoro jesino, con i servizi di inserimento lavorativo, ed è un gruppo sinceramente che nessun altro dipartimento di

salute mentale riesce ad avere. Noi abbiamo la fortuna di alcune realtà di questo tipo. Ben inteso che questo non è il dato di tutti quelli che abbiamo messo a lavorare, questi è di tutti quelli che abbiamo messo a lavorare che continuiamo a curare, perché alcuni hanno sinceramente ben ricostruito la loro vita. Questo dato qui non ce l'abbiamo con precisione e ce ne scusiamo.

..... Intervento fuori microfono .....

**DR MARI MASSIMO - DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ZONA 5 DI JESI E VALLESINA:** La signora esprime una necessità che noi stiamo costruendo, che è una necessità in certi momenti della vita per tutti noi. La ringrazio per questo contributo personale, cercheremo quanto prima di offrirle le informazioni necessarie.

**PRESIDENTE DEL C.C. - CINGOLANI PAOLO:** Il rappresentante della ONLUS, Tutela Salute Mentale per la Vallesina.

**TIBERI MARIO - PRESIDENTE DELL'ONLUS, TUTELA SALUTE MENTALE PER LA VALLESINA:** Sono Mario Tiberi, Presidente dell'ONLUS, Tutela Salute Mentale per la Vallesina. Abbiamo depositato una relazione che vorrei leggervi, però innanzitutto buonasera a tutti, ringraziamo l'Amministrazione Comunale in particolar modo il presidente Cingolani Paolo che ha reso possibile la realizzazione di questo Consiglio Comunale aperto, nel quale si potrà trattare finalmente di un argomento che ai più ritengo sia quasi sconosciuto perché se ne parla molto però, in effetti, come stanno realmente le cose e quali sono le problematiche viene raramente detto al pubblico perché c'è una sorta di timore da parte di tutti di parlare di questo argomento che è un po' tabù. In effetti lo stigma lo sta a confermare. Io vorrei precisare alcune cose, però mi limito poi a leggere una relazione molto breve perché in effetti noi quello che abbiamo indicato in questa breve relazione è un po' il risultato della nostra esperienza diretta con i nostri amici, pazienti e con la cittadinanza. Vorremmo che ci fosse più partecipazione perché io nel 2005, grazie al difensore civico dell'epoca, sono stato autorizzato ad aprire un sito nella rete civica Mesinet, che è un forum del difensore civico, forum salute mentale. Ho chiesto dal 2005, ho fatto un po' l'odissea di tutta la mia vicenda familiare, chiedendo aiuto, consiglio, anche interventi da parte di famigliari che hanno le stesse problematiche o di quelli che si occupano di questo grosso problema. Devo dirvi che dal 2005 ad oggi non ho avuto risposte né da parte delle istituzioni né da parte degli interessati, quindi evidentemente, questo è quello che penso, non è che faccia molta presa questo argomento, perché è un argomento che meriterebbe di essere conosciuto e dibattuto, perché i problemi, se non si dibattono, non si cominciano nemmeno ad analizzare e nel tempo speriamo a risolvere. La Legge 180 è ormai stata promulgata trenta anni fa ed ancora ci sono delle difficoltà perché non è stata applicata però non sono state fornite da parte delle istituzioni delle alternative alla chiusura dei manicomi. Questo che io vengo ad illustrare in questo Consiglio Comunale è un po' l'esperienza diretta di tutti noi dell'associazione e dei famigliari coi quali abbiamo avuto modo di interloquire. Questa associazione ha avanzato formalmente richiesta al direttore dell'Asur zona territoriale 5 di Jesi, di conoscere alcuni dati gestionali relativi al triennio 2004/2006, per poter esprimere una quanto più attendibile valutazione basata su elementi oggettivi, in termini di costi benefici sull'attività del dipartimento di salute mentale. Il Dr Mingione, cui abbiamo prontamente replicato, ha ritenuto di respingere la richiesta che in questa sede riproponiamo, ritenendo la risposta un atto dovuto in ossequio ai principi della partecipazione e della trasparenza. Come noto, l'obiettivo principale del DSM è quello di porre in essere attività volte a prevenire, curare e riabilitare coinvolgendo per ogni attività risorse proprie e del sociale. Riteniamo che prima di prendere in considerazione l'avvio di ulteriori attività sarebbe opportuno monitorare quanto sinora realizzato con l'impiego di quanti e quali risorse, ma soprattutto ottenendo quali risultati e quale qualità dei

servizi resi ai destinatari, in particolare ai malati ed alle loro famiglie. Abbiamo reiteratamente quanto inutilmente sollecitato e nuovamente in questa sede torniamo a sollecitare, la diffusione e pubblicizzazione nel bacino di utenza dell'Asur 5, della carta dei diritti del malato mentale, essendo questo documento un importante strumento di tutela per i soggetti disagiati e le loro famiglie. Ribadiamo l'importanza dell'attivazione di quanti più centri di aggregazione possibili da individuare in posizione strategica della nostra città che superino il connotato della istituzione. Chiediamo ancora che venga assicurata, ad ogni soggetto preso in carico dal DSM, l'istituzione della cartella clinica con tutte le annotazioni relative alla diagnosi ed al trattamento della malattia e che per ogni soggetto venga assicurata la formulazione di un piano terapeutico preventivo o terapeutico riabilitativo personalizzato in modo da consentire il monitoraggio dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi condivisi. Auspichiamo che il DSM possa nel breve assicurare la presenza dell'equipe psichiatrica e l'accoglienza nei CSM per tutto l'arco delle 24 ore. L'adozione di prassi ed atteggiamenti non di attesa ma di intervento diretto sul territorio di competenza. Prima il direttore parlava dell'on visiting, a me risulta che questo on visiting non venga praticato con la necessaria continuità. Chiediamo, infine, che l'Amministrazione Comunale si attivi per l'istituzione di un tavolo permanente sul problema del disagio mentale del territorio della Vallesina aperto a tutti i soggetti interessati ad un funzionamento ottimale del servizio. Su questo vorrei sottolineare la necessità e l'urgenza che questo tavolo permanente venga convocato nel corso dell'anno più volte, ma non una volta ogni morte di papa. Questo è quello che chiediamo, sono poche cose ma ci riserviamo nel tavolo permanente di avanzare altre richieste, di chiedere altro sostegno per la nostra attività, aiuto ai famigliari, ai pazienti e per individuare delle possibilità per aiutare questa umanità sofferente che qui da noi è veramente molto numerosa.

MATTEUCCI ENRICA - PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE FAMILIARE ATENA: Buonasera, sono la sig.ra Matteucci Maria Enrica, sono la presidente dell'associazione Atena. Mi limiterò a leggere la nostra relazione perché è abbastanza lunga. Atena è un'associazione di volontariato che si occupa del disagio mentale nella Vallesina. Molti dei soci hanno maturato decenni di esperienza come parenti o amici di malati psichici. A nome delle due associazioni che si occupano del disagio mentale nel territorio della Vallesina vogliamo innanzitutto ringraziare l'Amministrazione, in particolare lei, signor Presidente, per la sollecitudine ad inserire un momento di discussione specifica sulla questione psichiatrica nel territorio, all'interno di questo consiglio tematico. Una sensibilità particolarmente apprezzabile soprattutto in considerazione del trentesimo anniversario della Legge 180, con la quale Franco Basaglia ha messo in discussione dalle basi la psichiatria tradizionale, in quanto funzionale, strumentale al sistema che fino allora escludeva i malati di mente dalla vita sociale mediante la loro istituzionalizzazione. Prima della 180 il malato di mente era separato, nascosto, chiuso in strutture in cui tutto era lecito, in cui i ricoverati erano considerati poco più che resti di persone da sedare, legare, emarginare, tutto per il bene della società, l'unica autorità col potere di stabilire i canoni di normalità e diversità. A trenta anni dalla sua promulgazione la Legge 180 è stata oggetto di riflessioni approfondite in sedi diverse, nel tentativo di tracciarne un primo benché sommario consultivo. In generale si può affermare che la modalità di attuazione della legge in tutto il paese presentano carattere di marcata differenziazione, realtà di eccellenza convivono con altre di estrema problematicità. Ma all'interno di un quadro indubbiamente complesso come si inserisce la realtà marchigiana, in particolare quella della Vallesina? Formalmente si può riconoscere l'esistenza di un'offerta molteplice di servizi, ma la quantità non corrisponde purtroppo una percezione positiva da parte degli utenti. Un numero considerevole di famiglie, già di per sé in angoscia per la drammaticità della situazione personale, che avverte l'esigenza di riunirsi, è la prova oggettiva di una volontà diffusa di partecipazione, ma anche la testimonianza di una preoccupante difficoltà di comunicare con i responsabili delle strutture. La specificità di un servizio, che molto spesso implica un rapporto tra utenti ed operatori

che si prolunga nel tempo, ha suggerito ad alcune regioni una normativa che riconosce il ruolo essenziale dell'associazionismo, rendendolo pienamente partecipe e determinante in ogni momento decisionale, per una verifica continua del rapporto costi-beneficio dei servizi. L'esatto opposto di quello che succede nella nostra realtà territoriale. Come associazione abbiamo ripetutamente chiesto verbalmente e per iscritto una qualche documentazione ufficiale sulla gestione del DSM. Alcuni dati ci sono stati forniti dopo mesi di insistenza, altri invece ci sono stati negati, appellandosi alla legge 241 sulla trasparenza. Ma a proposito riteniamo opportuno affermare che, se è vero che la 241 non obbliga gli enti a produrre ogni tipo di documentazione richiesta, è altrettanto vero che non lo impedisce, sta all'intelligenza ed alla lungimiranza dei responsabili della struttura pubblica accogliere o meno richieste comunque legittime di cittadini animati solo dal desiderio di rendere più funzionale un servizio alla collettività in cui sono personalmente coinvolti. In assenza reiterata di una disponibilità al dialogo da parte degli operatori, sta alla politica svolgere con determinazione la propria funzione direttiva. Non si pretende naturalmente che entri negli aspetti tecnici dei trattamenti, ma se ad esempio in una struttura pubblica come il reparto di psichiatria un paziente può mettere in atto azioni lesive della propria incolumità fisica il problema diventa sociale e la soluzione tutta è solo politica. Concludendo ci auguriamo che questa sia solo una prima occasione di discussione. A tal fine formuliamo la proposta concreta a lei, presidente, che si faccia promotore a nome dell'Amministrazione Comunale di un tavolo permanente sulla realtà del disagio psichico in Vallesina, aperto a tutte le componenti che ne faranno parte e la ringrazio a nome di tutta l'associazione.

**PRESIDENTE DEL C.C. - CINGOLANI PAOLO:** Io so che le problematiche che sono emerse soprattutto dalla lettura dei due rappresentanti e le sue associazioni sono problematiche importanti che meriterebbero un contraddittorio immediato, ma che per correttezza, io voglio essere rigoroso e corretto, noi abbiamo terminato il tempo dedicato a questa parte del Consiglio Comunale e la discussione eventualmente verrà aperta quando anche i Consiglieri Comunali potranno fare le loro richieste di delucidazione e di chiarimenti. Io ringrazio tutti gli intervenuti, dagli operatori sanitari che hanno avuto penso sicuramente voce attraverso il loro direttore, ringrazio il signor Santoni e la signora Matteucci che peraltro conosco personalmente, per la compostezza, per la correttezza con cui hanno proposto e comunicato le loro istanze. Prendo atto della richiesta di farmi promotore presso l'Amministrazione Comunale della costituzione di un tavolo permanente sulla psichiatria, me ne farò carico e vi comunicherò i passi istituzionali che farò nei prossimi giorni. A questo punto dobbiamo andare avanti, così come vi ho detto all'inizio con la scaletta dei lavori dell'assemblea, la parola all'Assessore Aguzzi per un'introduzione al tema per esporre il punto di vista dell'Amministrazione.

**ASS. AGUZZI BRUNA:** Io ho il compito delegatomi dal Sindaco di aprire questa seduta di Consiglio Comunale aperto sulla sanità con alcune riflessioni e con alcune indicazioni sullo stato dell'arte e sul progetto jesino sulla sanità. Devo dire innanzitutto che il Consiglio Comunale aperto di Jesi sulla sanità è un appuntamento che si ripete da anni, è ormai una tradizione di questa città. È un appuntamento, però, che credo tutti non vogliamo, non abbiamo voluto fosse soltanto un momento pure interessante ma un momento rituale. Vogliamo che questo approfondimento tematico sia poi seguito da atti, da impegni, da incontri e da documenti conseguenti. Una prima risposta l'ha data adesso il Presidente Cingolani, accogliendo una proposta operativa formulata dall'associazione dei famigliari dei malati mentali Atena. Io ritengo che dopo questo passaggio in Consiglio Comunale ci debba essere, come d'altra parte è stato fatto un anno fa sul piano sanitario regionale, un ulteriore passaggio al comitato dei sindaci, in tempi rapidi, perché quando parliamo di sanità non parliamo ovviamente solo di Jesi ma di tutto un territorio, per arrivare nel confronto che si apre questa sera, che non deve essere un confronto rituale ripeto, poi all'approvazione di un

documento che tenga conto di tutti i contributi, di tutte le osservazioni e di quello che riusciremo a costruire stasera e poi a completare nel comitato dei sindaci. Proprio per questa ragione di intesa col Sindaco e coi colleghi di Giunta ho chiesto, diciamo un mese fa circa, al direttore della zona, al Dr Mingione, di produrre questa sera un documento che non è il documento sulla sanità, è un materiale di lavoro, è una documentazione che è organizzata, abbiamo chiesto che fosse organizzata come dati, criticità e progettualità, secondo un indice di contenuti tematici che abbiamo proposto e che poi il direttore della zona ha sostanzialmente accettato, perché erano i nostri punti di interesse e le nostre priorità, un documento che deve consentire a tutti i Consiglieri di poter avere a disposizione materiali ed elementi di conoscenza dei vari aspetti della sanità, per poi riprendere, aggiornare e rafforzare in momenti successivi la progettualità sulle tematiche sanitarie. Volevo dire questo intanto per dire che non vogliamo partire da zero, ci sono i materiali, ci sono le discussioni di questa sera, ma soprattutto non c'è una partenza dall'anno zero, sia perché questa città ha dedicato ai temi della sanità, i temi del sociale una grande attenzione, ne è un esempio ed io credo che vada comunque ricordato questa sera l'ampiezza e la qualità dei servizi socio sanitari, sia perché in occasione dell'approvazione del piano sanitario regionale noi abbiamo effettuato un approfondimento tematico che poi è stato allargato al comitato dei sindaci, che ci ha permesso di costruire allora, anche col contributo dell'opposizione se ricordo, di approvare un documento che è il nostro progetto sulla sanità. È chiaro che questo innanzitutto è un progetto ancora valido perché in sanità, quando parliamo di strutture, quando parliamo di processi scientifici organizzativi non possiamo riprendere le cose annullando la progettualità e gli impegni precedenti tutte le volte, è un progetto che naturalmente va verificato, va verificato ad un anno dalla sua stesura per capire quanto è stato realizzato, per aggiornarlo sicuramente, per precisare alla luce delle elaborazioni successive che poi abbiamo prodotto fin qui, riproponendo oggi con forza, se possibile di nuovo insieme per dividerlo nell'interesse comune, alcune priorità che sono: innanzitutto il completamento dell'ospedale Carlo Urbani, per cui la Regione ha garantito che sono stati previsti tutti i finanziamenti che sono necessari per la sua ultimazione sia per la parte strutturale che per la parte funzionale. È un progetto, questo del completamento di Carlo Urbani, che è stato via via arricchito grazie alla progettualità della zona, penso in particolare ai numerosi incontri che ci sono stati sul modello di ospedale, sulla sperimentazione di un nuovo modello di ospedale, ma penso anche ai numerosi incontri qui a Jesi con dirigenti politici e tecnici della sanità marchigiana, che evidentemente se hanno dedicato questa attenzione al progetto complessivo jesino lo hanno trovato sicuramente coerente di interesse regionale, coerente come piano sanitario e di interesse regionale. Dicevo il punto prioritario in assoluto è il completamento dell'ospedale Carlo Urbani. Un finanziamento garantito dall'accordo di programma Governo – Regione Marche che è alla firma, sembra che sarà firmato nel giro di quindici giorni circa, accordo di programma che prevede all'art. 20, la priorità, parlo di priorità regionale, per il completamento della struttura jesina come priorità regionale assoluta. Noi a questo punto contiamo sull'efficienza del governo e della Regione perché l'erogazione di questi finanziamenti, che ha dei tempi tecnici, avvenga nei tempi più rapidi possibili. C'è stata data la certezza, ed il sindaco lo sa più di altri perché si è speso notevolmente su questo aspetto per accelerare i processi e garantire il completamento dell'intero progetto, che le risorse previste, poi il Dr Mingione sarà preciso, più analitico di me nell'indicarle e nel delinearne la destinazione, che ammontano complessivamente a 23 milioni di euro, che questi soldi consentiranno la piena funzionalità e di avviare, portare a buon punto anche il secondo degli obiettivi, che è quello della ristrutturazione del vecchio Murri, il cui progetto, che è stato impostato in un recente, non recentissimo, comitato dei sindaci, con l'impegno a costituire dei tavoli misti, tecnici e con l'associazionismo, ed è un progetto che sta procedendo, progetto in progress, che questa sera il Dr Mingione porterà e che prevede un'utilizzazione che deve essere funzionale a due aspetti chiave. Il primo di questi aspetti è che l'ospedale vecchio Murri ristrutturato deve essere concepito con una logica di coerenza con l'intero progetto di modello di sanità territoriale,

incoerenza quindi e rafforzamento del lavoro e dei servizi offerti dal nuovo Murri, dall'ospedale Carlo Urbani, organizzato secondo il modello sperimentale che tutti conosciamo. Deve dare una risposta anche ad un altro aspetto, perché è un elemento emergente, sempre più forte che è quello di individuare all'interno del vecchio Murri quelle specializzazioni e quei servizi che debbono consentire di dare innanzitutto risposte ai bisogni di residenzialità degli anziani, ai bisogni che il Dr Mingione conosce perché abbiamo più volte discusso di questo, di ospis, alzheimer, demenze e di prevedere soprattutto tutti quei servizi di tipo distrettuale che facciano diventare l'intero complesso una vera e propria casa della salute, facendo anche da filtro ed operando in coerenza con il pre-ospedale, con la post-acuzie, andando quindi concretamente al potenziamento degli aspetti della sanità territoriale. Questo modello che abbiamo anche individuato e scelto insieme, i luoghi tecnici ed i luoghi politici nel confronto con la Regione Marche, deve essere poi completato con la costruzione già prevista lì della nuova residenza protetta, perché poi questo consentirà di razionalizzare i servizi ed interventi. È la tempestività dei finanziamenti adesso che dobbiamo saper sollecitare, chiedendo alla Regione di dare seguito agli atti deliberativi che sono stati già fatti, perché il nostro territorio ha dimostrato di avere la forza, il coraggio di saper fare scelte innovative, che la regione ha dimostrato di riconoscere, di apprezzare, perché vanno nella direzione che il piano sanitario regionale auspica anche miglioramento di qualità dei servizi erogati, ad essi siamo certi seguiranno, devono seguire il completamento dei finanziamenti necessari. Naturalmente questo completamento che rappresenta il compimento di un lungo e complesso ed importante percorso che parte dalla costruzione del nuovo ospedale vicino al vecchio Murri, non deve farci abbassare la guardia o abbandonare l'attenzione sugli aspetti della sanità oggi qui a Jesi, che sono questioni dal pronto soccorso alla rete informatica tra ospedale e medici di base, al potenziamento dei servizi consultoriali che ci richiedono, ci impongono un'attenzione ed una collaborazione che io posso dichiarare tranquillamente già esistente, che ci permetteranno tra l'altro di partire presto con, ad esempio, progetti di formazione congiunti sul nuovo protocollo per il trattamento dell'handicap scolastico, per i disturbi del comportamento, per il potenziamento di figure come quella dell'ogopedista per il trattamento in loco dei casi di autismo, per l'ultimazione, anche se qui la sanità entra indirettamente, la sanità locale è la zona di meno, per l'autismo adulto presso lazzeruolo. Ci sono anche altre progettualità "minori" che stiamo confrontando ed effettuando insieme, cito per tutte l'ultima che è la progettualità che ci permetterà di accedere come ambito ai finanziamenti cosiddetti della Legge Bindi, rivolti al potenziamento dei servizi nei confronti dei minori. Anche in questo campo stiamo andando insieme, in piena intesa, alla definizione di un progetto che non deve andare a creare nuovi servizi, ma deve potenziare e rafforzare quei due esistenti garantendo quindi, nel momento in cui questi non dovessero più essere oggetto di finanziamenti aggiuntivi e specifici, un loro mantenimento nel corso del tempo, anche attraverso investimenti dell'azienda e dell'ambito, anche attraverso le necessarie riconfigurazioni di alcuni servizi stessi. Ultimissimo aspetto sull'azienda, perché per la prima volta il Consiglio Comunale oltre che di sanità all'ordine del giorno prevede che si affrontino anche gli aspetti dei servizi socio sanitari. So che si tratta degli aspetti sanitari dei servizi sociali, volevo però fare alcune precisazioni, dare alcune informazioni sull'azienda dove è stato fatto veramente un lungo ed interessante lavoro che testimonia di un'alta progettualità, che sicuramente è la più avanzata in Regione. Questo non lo dice l'Assessore per lodare tra l'altro un lavoro che solo parzialmente in fase di ultimazione è seguito da me, ma perché è la stessa Regione che ce lo riconosce con le delibere sui finanziamenti degli ambiti e ce lo riconosce anche con le indicazioni che danno il piano sociale triennale, andando quindi ad individuare nell'attivazione di aziende la risposta più conseguente, la risposta più forte per i bisogni e per le attività di integrazione socio sanitaria. Purtroppo l'azienda ha vissuto una serie di ostacoli, un quadro giuridico incompleto, altri impedimenti normativi che non hanno consentito di avviarlo, finora ne hanno impedito l'attuazione. Oggi, dopo la legge regionale e la sua modifica, il 22 luglio scorso, noi attendiamo e sollecitiamo continuamente la conclusione di questo lungo

processo con l'approvazione del regolamento, dopodiché l'iter regionale si è concluso e noi potremmo partire, visto che siamo pronti dai primi di luglio con tutti gli atti.

DR MINGIONE CIRO - DIRETTORE DI ZONA ASUR MARCHE 5: Grazie per l'invito, grazie ai Consiglieri, come giustamente si ricordava prima questo è un incontro che si ripete ogni anno, ogni anno noi in Consiglio Comunale facciamo il punto sulla sanità jesina della Vallesina per poter poi da lì ripartire di comune accordo per progettualità future. Io vi ringrazio particolarmente per quest'anno, perché quest'anno è un anno molto particolare. È un anno in cui avevamo necessità, se non ce l'avessero chiesto i Consiglieri per il tramite del Presidente, probabilmente saremmo stati noi a chiedere un incontro con i Consiglieri Comunali, con l'istituzione, perché abbiamo bisogno di un confronto ma abbiamo bisogno anche di un conforto in questo momento. Questa comunità ha fatto una scelta importante, lo accennava prima l'Assessore Aguzzi, si è voluta proporre in un momento delicato della nostra sanità regionale alla Regione come propositivo con un progetto fortemente innovativo, io dico che era l'unica possibilità che avevamo di esprimere la capacità che ha questo territorio in progettualità, in innovazione, ci siamo confrontati, l'abbiamo voluto fare, la regione ha accettato in qualche modo questa sfida, ha fatto gli atti che doveva fare, adesso è il momento di doverli concretizzare, è il momento più delicato, perché dobbiamo passare probabilmente alla fase attuativa, quella vera, quella dove noi probabilmente saremo misurati. Qui c'è bisogno di tutti. Noi non abbiamo assolutamente la verità. Quello che potevamo fare noi l'abbiamo fatto di comune accordo con l'istituzione, noi siamo riusciti in qualche modo a portare a casa dei risultati importanti, io dico importanti, ora potete vedere la valenza di questi risultati, proverò a dirveli, a farveli dire. Chiaramente però adesso dobbiamo in qualche modo continuare, non possiamo più tornare indietro, abbiamo scelto la nostra strada che è una strada diversa da quella delle altre zone. I documenti che voi avete, ma è un documento ma di riflessione, sono alcune pagine che abbiamo cercato di fornire per poter riflettere insieme a noi e per poter in qualche modo avere un confronto, in modo che noi possiamo rispondere ai vostri dubbi, alle vostre perplessità. Io ovviamente non affronterò tutti i temi che ci sono in quelle pagine, ho qui i responsabili di tutti i servizi per cui sono pronti a rispondere alle vostre argomentazioni, ai vostri approfondimenti. Cercherò di prendere solo alcune parti che ritengo vadano in qualche modo discusse ed approfondite. La prima cosa è che quando noi ci prepariamo per un cambiamento così forte come quello che siamo per affrontare e con il quale ci siamo impegnati con la regione, abbiamo fatto decidere delle cose importanti alla regione, noi dobbiamo sapere in che contesto ci muoviamo. La cosa che ci preoccupava di più, aldilà adesso dei dati che vi darò, degli atti che la regione ha fatto, è capire in che contesto ci muovevamo, come le persone che poi sono i nostri interlocutori, i cittadini che si rivolgono a noi in che modo ci vedono. Ci preoccupava innanzitutto capire se la nostra volontà di cambiamento in qualche modo riscontrava poi in effetti le esigenze ed i bisogni dei cittadini. Abbiamo cercato di capire qual era il metodo per poter affrontare questa problematica. Ci è sembrato che alcune cose fossero affrontate immediatamente, anche perché i cittadini misurano poi l'efficienza di un'Amministrazione soprattutto nella sanità su alcuni aspetti, uno di questi sono le famose prestazioni, cioè la capacità che ha un'azienda come la nostra di produrre prestazioni, di produzione di queste prestazioni, parlo dei famosi tempi di attesa. Io inizierei immediatamente con l'affrontare questo problema. Questo è un problema cardine per poter fare qualsiasi tipo di cambiamento. Allora ci sono diversi modi per sapere se i tempi di attesa, cioè le risposte alle prestazioni nella nostra zona sono sufficientemente accettabili o no. C'è il metodo che possiamo telefonare e sapere quando dobbiamo andare a fare un esame, oppure quello di chiedere ad un amico che ha avuto bisogno di avere prestazioni da noi. Noi usiamo quello classico, quello della Regione Marche del monitoraggio continuo che fa la Regione. Queste sono le liste di attesa monitorate dalla Regione Marche, perché la Regione Marche in effetti fa questo monitoraggio frequentemente ed usa dei giorni indici. Questo è l'ultimo, il più recente che fa riferimento al 1°

settembre 2008, cioè venti giorni fa. Queste sono le visite, quelle che voi vedete sottolineate sono quelle che vanno aldilà dei giorni limiti, ad esempio l'elettromiografia semplice è quella che noi diamo un 154 giorni, mentre la legge, la delibera di giunta regionale che fa riferimento al 2007, non è stata ancora modificata, dice che noi dobbiamo risposte in 90 giorni. Qui c'è una giustificazione però a noi non interessa, interessa sapere che noi rispondiamo ad un bisogno di questo tipo in 154 giorni che sono davvero elevati. Quelle sono le visite, sulle visite come vedete noi abbiamo un solo problema che è quello dell'elettromiografia, tutti quanti gli altri sono nei giorni prestabiliti dalla delibera regionale, anzi sono molto inferiore ai tempi di risposta. Ci sono a fianco altre due colonne. Sugli esami diagnostici c'è qualche problema in più, quelli che vedete evidenziati sono gli esami che oggi noi diamo oltre il tempo massimo consentito, ad esempio la coloscopia, che ci sono 166 giorni di risposta, la mammografia bilaterale 180, qui il problema dello...per cui c'è un problema tutto particolare da fare, l'eco color doppler sia quello dei vasi sopraortici che quello degli arti inferiori supera abbondantemente i tempi minimi. Mentre gli altri, quelli che di poco, per dieci giorni, quindici giorni, sono meno preoccupanti. Allora abbiamo cercato di capire, perché tenete conto che noi abbiamo fatto un grande passo avanti rispetto a tre, quattro anni fa, il primo passo avanti che abbiamo fatto è stato quello di capire se potevamo eliminare una percentuale di non presentazione agli esami, nel senso che ci capitava molto spesso che le persone prenotavano agli esami e poi non venivano ad eseguire l'esame. Abbiamo ovviato a questo, ora c'è un 98% di esecuzione degli esami, perché? Perché noi abbiamo il famoso recall, abbiamo messo in piedi un servizio che richiama le persone prima dell'esecuzione dell'esame, per vedere se viene confermato o no da questa persona l'esame, così ci tiene le liste occupate. Questo ci ha portato ad avere una percentuale quasi del 100% di esami. Il problema della lista di attesa che riguarda tutta l'Italia è quello di sentirsi dire, lo scrivono anche i giornali molto spesso, "se ci rivolgiamo al privato, se noi facciamo e chiediamo una visita privata l'abbiamo subito". Dovete sapere che quando noi chiediamo al privato nel nostro caso, noi abbiamo più del 90% dei nostri professionisti che sono in rapporto esclusivo, possono fare privato, quello che voi chiamate privato e noi chiamiamo privato, che invece è detto libera professione, solo attraverso di noi, nel senso che noi prenotiamo la visita, a noi arrivano i soldi, noi li paghiamo con i soldi che i cittadini danno ai privati. Li monitoriamo, questo per dire che noi li controlliamo, cioè sappiamo tutti i nostri professionisti quante visite o quanti esami fanno. Questo è il significato delle tabelle che avete a fianco. Se voi vedete, quella di prima sulle visite l'istituzione, cioè nella struttura pubblica non a pagamento, andate a vedere sull'elettromiografia che è quella più critica, si fanno solo in istituzione, privata neanche una; così come gli altri sono numeri irrisori quelli che vedete a fianco di quelli che si fanno invece pubblico. Guardate l'elettrocardiogramma, 6.443 esami pubblici contro 9 esami privati. Questi sono dati affidabilissimi perché sono dati che sono sottoposti poi a problemi fiscali, problemi economici, quindi sono dati che noi monitoriamo attraverso il CUP ed i professionisti li possono fare solo così. Quando noi ascoltiamo e diciamo che uno dei problemi delle liste di attesa è perché i professionisti intasano probabilmente le strutture pubbliche per farlo nel privato, probabilmente abbiamo qualche problema a dire una cosa del genere, perché i nostri dati, almeno i nostri sicuramente, non ci dicono questo. Così avviene anche per gli esami diagnostici. Guardate che le coloscopie ne facciamo 461, vi dico solo quelli più eclatanti, in struttura pubblica e 45 nel privato. Così come, se andate a vedere l'ecografia della mammella, 1.120 li facciamo pubblici e soltanto 70 privati. Non può essere questo il motivo per cui noi probabilmente abbiamo pure noi dei tempi di attesa lunghi per alcuni esami, anche se non sono molti per la verità, ma ce li abbiamo. Evidentemente le ragioni sono altre, non sono queste. Ci tengo a confrontarmi con voi e ad avere con voi forza, perché i nostri professionisti, la maggioranza di loro fanno attività libera professionale, e questo gli è dovuto ai nostri professionisti. Bisogna dire apertamente e chiaramente che questo forse è un luogo comune, anche perché ci fa sfuggire...Per la verità, parliamoci chiaro, noi sappiamo per certo che molti esami possono non essere fatti, che vengono fatti perché c'è una medicina difensivista che probabilmente

sta prendendo piede, quindi è un discorso probabilmente di appropriatezza, nel senso che alcuni esami per fortuna escono negativi, la maggior parte, ma altri esami sono quasi inutili, cioè non vanno ad incidere sul percorso prognostico della malattia. Faccio un esempio, se noi chiediamo un esame, e quello che si fa normalmente, dell'RMN o della Tac ad una spalla per una cuffia, per una probabilmente patologia della cuffia di una persona che ha 80 anni, anche se troviamo una malattia della cuffia non andiamo ad influenzare il suo percorso diagnostico perché non gli facciamo niente, non la possiamo operare, ciò nonostante chiediamo Tac e risonanza magnetica. Questo, impedisce ad un altro che forse ne aveva bisogno, di occupare quel posto. Su questo forse ci dobbiamo interrogare un po' di più. Sia chiaro che su questo problema noi siamo molto attenti perché quando ci presentiamo per chiedere alla regione un nuovo modello, un nuovo modo di sanità a partire dall'ospedale modello, non possiamo avere questi problemi grossi alle spalle, dobbiamo affrontare anche il problema delle prestazioni, quindi ci interessa anche per questo. Questo è un esempio. L'altro esempio che ci piace vedere è come le persone si rivolgono a noi per i disservizi che abbiamo, abbiamo cercato di analizzare, è logico che questo che vedete qua è un dato che si ripete ogni anno, è basato sui primi sei mesi, su 38 segnalazioni, noi abbiamo 100 segnalazioni in genere all'anno, dovute direttamente dai cittadini o dal tribunale del malato, si ripetono ogni anno, sono sempre quelle più o meno e queste sono le motivazioni in percentuale, anche se il campione è ridotto però è significativo, che ci costringono a riflettere e ci invitano a riflettere su che cosa i cittadini dicono delle nostre strutture. Questo discorso che noi stiamo facendo è preliminare per qualsiasi tipo di progetto modello noi vogliamo fare, cioè noi le dobbiamo comunque affrontare, queste, perché quando andremo a presentare i progetti innovativi, questi problemi li abbiamo dovuti affrontare, li abbiamo dovuti sviscerare e magari dare anche delle soluzioni. La cosa più interessante qui è la qualità delle prestazioni che è un 24%, quando intentiamo la qualità delle prestazioni noi abbiamo fatto un approfondimento un po' diverso rispetto a questo, cercando di andare a vedere cosa ne pensano poi utilizzando altri parametri i cittadini, su tutto il 2007 è stata fatta un'indagine molto approfondita sulle nostre strutture, abbiamo visto che la qualità delle prestazioni si riferisce essenzialmente ad una capacità organizzativa delle attività ambulatoriali, cioè i nostri cittadini hanno problemi seri sugli ambulatoria sia di Via Guerri, sia del Viale che del Murri. La nostra capacità di organizzare e di fare ambulatorio è molto bassa e crea disagio e problemi ai cittadini. Questa è una cosa di cui noi dobbiamo tener presente, come andiamo invece molto fieri di tutto il resto, come andiamo fieri della nostra qualità prestazionale, cioè la capacità delle prestazioni che noi diamo ed anche addirittura della qualità alberghiera, nonostante il Viale sia una struttura molto vecchia. Detto questo, e questo era fondamentale per poter iniziare il mio discorso oggi con voi, tranquillizzandovi e garantendovi, ovviamente assicurandovi che su questi problemi noi siamo fortemente impegnati e fortemente attenti nel cercare di rendere meno disagiata agli utenti queste situazioni delle prestazioni, io volentieri vi faccio vedere quello che siamo riusciti a fare insieme all'Amministrazione, insieme agli enti locali di tutta la Vallesina, insieme ai politici di questo territorio, con la regione per portare avanti il progetto innovativo ma non dell'ospedale modello, questo nuovo modello di sanità che si esprimerà nella Vallesina, che noi abbiamo proposto alla regione, che la regione ha accettato col piano sanitario regionale, sfidandoci se volete, venendo qui l'Assessore Ruta davanti al sindaco, dicendo che accettava, nel momento in cui accettava era una sfida a questa comunità professionale e territoriale, di vedere se eravamo capaci di fare una proposta davvero innovativa. Noi ci abbiamo provato, l'abbiamo presentata, è stata recepita e la regione conseguentemente, anche per gli impegni che ha preso, ha portato avanti a mio modo di vedere gli impegni e noi siamo riusciti a portare a casa nel giro di un anno dei risultati eccezionali dal punto di vista della capacità di attuazione del progetto. Il progetto è quello che vi diceva l'Assessore Aguzzi, un progetto che è stato discusso qui un anno fa, più di un anno fa, è stato approvato da questo Consiglio, ma non solo da questo Consiglio, anche dalla conferenza dei sindaci, ed è stato presentato dovutamente alla regione. Cosa abbiamo oggi di questo

progetto? Qui adesso vedete dei dati che sono dei dati importanti, molto importanti, perché sono i dati che danno la dimostrazione dell'impegno nostro da una parte, nostro di tutti noi e dall'altro della risposta dell'intera comunità politica e sociale della Regione Marche e di questo territorio. Voi sapete che l'ospedale Carlo Urbani è fatto di due lotti, due appalti, uno è il primo lotto con un appalto ed uno il secondo lotto con un altro appalto. Sul primo lotto voi siete a conoscenza perché l'avete seguito anche insieme a me, che alcune lavorazioni nel progetto originario non c'erano, erano state stralciate, tipo il blocco operatorio ad esempio, o il completamento dei lavori che vi faccio vedere velocemente, sono questi. Questi sono quelli che non sono stati previsti nel progetto originario che noi dobbiamo andare necessariamente a fare per far sì che possa funzionare l'intero ospedale. Vi ho messo in giallo quelli più importanti, cioè la sterilizzazione centralizzata non era stata proprio prevista nel progetto originario ad esempio, le apparecchiature per la sterilizzazione. La dialisi non era stata prevista nel nuovo ospedale, ma era stata prevista nel vecchio ospedale. Tutti questi lavori, è stata fatta una stima dai professionisti e dai progettista, ammontavano a € 3.190.000,00; € 3.190.000,00 che non c'erano quando noi abbiamo iniziato questa discussione con la regione. Oggi sono stati previsti nella delibera di giunta regionale n. 781 del 2008 all'interno dell'allegato 2, che sono le progettualità di interesse regionale. La delibera 781 è la delibera di assegnazione del budget alle zone territoriali della Regione Marche. Noi abbiamo nell'allegato 2 come progetto aggiuntivo regionale € 3.190.000,00 per il completamento di quei lavori che vi ho fatto vedere prima. Questo ci permetterà definitivamente di chiudere il discorso strutturale ed impiantistico sul primo lotto, insieme al contributo grosso, enorme della fondazione della Cassa di Risparmio di Jesi, a questo proposito vi devo leggere, gliel'ho promesso, la lettera mandata dalla fondazione. *Con riferimento alle vostre lettere attinenti l'oggetto emarginato, si comunica che gli organi statuari di questa fondazione hanno attentamente esaminato la richiesta riguardante la donazione di un blocco operatorio da installare presso il nuovo ospedale quale sede in cui sperimentare le organizzazioni dell'ospedale modello, programmando un finanziamento per complessivi € 2.900.000,00 distribuito così: € 800.000,00 per l'anno 2008, € 700.000,00 per ogni singolo esercizio nel triennio 2009-2011. Ci si permette sottolineare lo sforzo notevole di questa fondazione anche in relazione all'attuale difficile situazione economica, quale testimonianza della sensibilità nei confronti delle esigenze socio sanitarie della collettività della zona territoriale n. 5. Si porgono cordiali saluti, il Presidente Federico Tardioli.* Questo significa che noi entro settembre del 2009 avremo sei sale operatorie funzionanti perché li comprano loro e ce li danno, cioè non ci danno i soldi per fare le gare ma ci comprano le sale operatorie. Tempi tecnici, ci hanno detto di fare la loro commissione, il loro capitolato, sentire le ditte che vogliono loro e darci. Le sale operatorie saranno pronte certamente per settembre 2009. Questa è la garanzia che ci ha dato la presidenza della fondazione. Con il completamento dei lavori dei € 3.190.000,00 che è all'atto, alla determina dell'Asur che mi hanno detto entro una settimana, ma questa è complessiva, cioè l'Asur in effetti farà un'unica determina per tutte le zone, per richiedere l'autorizzazione a procedere sui progetti di interesse regionale previsti nella 781 per tutte le zone, non lo fa solo per noi. Per noi, per quanto ci riguarda, sono € 3.190.000,00 da poter utilizzare per il completamento dei lavori del primo lotto. L'aggiunta probabilmente entro la fine dell'anno delibererà, noi avremo un anno di tempo per...sarà pronto il blocco operatorio ed avremo completato tutte le gare, noi potremmo chiudere con il primo lotto definitivamente per i lavori che vi ho fatto vedere prima, io vi mando la specifica di quei lavori che dobbiamo fare, quello che voi avete visto in blu, voi vedete sono tutti lavori che noi dobbiamo fare nel giro di un anno. Non vi spaventate, non sono molti, sono lavori di adeguamento, lavori di modifiche. Il pronto soccorso, noi dobbiamo prevedere delle stanze per mettere la Tac e per mettere una diagnostica tradizionale perché prevedremo al pronto soccorso un'altra radiologia per l'emergenza, cosa che non c'era prima. Dobbiamo attivare la sterilizzazione, la dialisi, queste sono le cose più importanti, nel giro di un anno, mi dicevano i professionisti, si possono tranquillamente fare. Per quanto riguarda invece le altre cose che dicevamo, il secondo

lotto, il collaudo è quasi terminato, cioè il 31.12.2008 finiranno il collaudo e quindi l'intero ospedale è pronto. Noi non possiamo oggi dire che stiamo scontando dei ritardi, non lo possiamo dire affatto, e non possiamo assolutamente dire che probabilmente la regione non ci sta venendo dietro. Sull'ospedale completo, quindi sul suo funzionamento, quello che diceva l'Assessore, l'Asur, il Dr Malugelli, direttore generale, ha richiesto un finanziamento aggiuntivo alla Regione Marche di € 14.150.000,00. Pensate questa è un'opera che parte, dopo lo vedrete, con circa € 46.000.000,00 complessivamente, tra primo e secondo lotto. A questi si devono aggiungere ancora € 3.190.000,00, € 2.900.000,00, € 8.500.000,00 - stiamo parlando sempre del Carlo Urbani - che sono parte dei € 14.500.000,00 che l'Asur ha chiesto alla Regione Marche nell'accordo di programma come prioritario per il completamento delle opere. L'accordo di programma è già a Roma, perché già passato all'interno della giunta regionale, l'accordo è già stato fatto, ed a Jesi sono stati destinati € 14.150.000,00 di cui € 8.500.000,00 per il nuovo Carlo Urbani ed il resto per il vecchio Murri per la ristrutturazione. Noi crediamo che entro la fine dell'anno, l'Assessore era molto ottimista, ha detto entro quindici giorni firmerà, io mi accontenterò che firmasse entro la fine dell'anno, perché una volta firmato l'accordo di programma il governo e lo Stato-Regioni, noi siamo in condizioni di poter richiedere il finanziamento degli € 8.500.000,00 che servono per allestire l'intero ospedale, cioè gli arredi, il sistema informatico ed il trasferimento, perché tutto il resto, le apparecchiature, come potete vedere, noi le abbiamo anche seguendo altri due canali: € 1.700.000,00 che è sempre in quella delibera 781 della Regione Marche, che sono € 900.000,00 dati dalla regione quale contributo a € 700.000,00 che la fondazione della Cariverona in un bando del 2007 ha messo a disposizione per ammodernare tutta la parte diagnostica nostra della radiologia. La nostra radiologia ha a disposizione € 1.700.000,00 per rinnovare tutto il parco tecnologico anche in funzione della nuova digitalizzazione che è stata oramai appaltata, oramai è stata aggiudicata e che tra poco noi metteremo nelle nostre strutture. In più per le attrezzature € 1.900.000,00 e questi sono già cash, nel senso che sono apparecchiatura per l'Intramenia di un finanziamento già avuto nel 2006 ed oggi riproposto perché entro gennaio 2009 noi dobbiamo avere tutte le attrezzature per € 1.900.000,00, le gare sono già pronte, l'Asur ce le deve solo bandire e noi dobbiamo solo acquistare e quindi alla fine il Carlo Urbani, oltre a quello che ha di partenza, ha ancora questi finanziamenti stabiliti ormai con atti e con volontà politica espressa dalla Giunta. Cosa succede invece sull'Augusto Murri? Sull'Augusto Murri, che è il vecchio Murri, lo chiameremo Augusto Murri, il vecchio Murri, e Carlo Urbani il secondo Murri, come diceva l'Assessore nella nostra progettazione è un momento importante, è un acceleratore verso quel discorso e quel progetto complessivo di modello di salute o di modello di sanità che noi stiamo provando a portare avanti a partire da una struttura nuova che è l'ospedale Carlo Urbani ma che invade tutto il territorio. A questo punto noi stiamo per proporre, questa è la prima volta che lo diciamo, perché diciamo che c'è stata un'evoluzione nel tempo rispetto alla destinazione di uso del vecchio Murri, perché c'era un progetto vecchio che era un progetto legato ad un progetto del Carlo Urbani, poiché è cambiato il modello di utilizzo del Carlo Urbani ovviamente noi dovevamo anche trovare un nodo per poter in qualche modo utilizzare la struttura di Augusto Murri per far sì che fosse un volano per sviluppare quel modello di sanità che coinvolgesse anche il territorio. Ci sembra, questa, una proposta possibile che noi daremo al tavolo tecnico che sta lavorando, il tavolo a cui faceva riferimento l'Assessore, il tavolo tecnico la studierà se si convincerà di questa nostra proposta che adesso io vi spiego brevemente. Insieme a questo c'è ovviamente tutta un'altra parte che occuperà i locali dell'Augusto Murri che sono alla formazione permanente, che sono agli spazi per i medici sia ospedalieri che territoriale, le biblioteche, alcune attività amministrative di supporto, l'asilo nido. C'è tutta una serie di attività che noi prevediamo siano un momento importante e siano un momento di congiungimento di una mentalità territoriale veramente total ospedaliera. L'abbiamo chiamato il cuore dell'Augusto Murri, come faceva riferimento l'Assessore la casa della salute. La casa della salute, anche nella legislazione nazionale, è una struttura polivalente per l'erogazione delle cure

primarie e la continuità assistenziale. Tutte quelle cose che voi vedete, le frecce con i vari ellissi che si trovano intorno alla casa della salute sono tutte le cose che pensiamo debbano essere in qualche modo garantite da questa struttura. A questo punto questa struttura assume un ruolo significativo nel nostro progetto di modello di salute, perché dall'ospedale, vicino l'ospedale diventa una struttura visibile per i cittadini, dove si erge tutto ciò che non può essere fatto all'interno dell'ospedale, e da lì parte tutto ciò che non può essere fatto nell'ospedale perché si deve sviluppare sul territorio ovviamente sotto la direzione del distretto. Noi daremo questo tipo di impronta, se è d'accordo il tavolo tecnico ovviamente, e se sarà d'accordo l'ufficio di presidenza. Se sarà questo, ed è aperta la discussione ovviamente, noi lo presentiamo così stasera a voi però siamo pronti a confrontarci ed a discutere, però ci sembra questa in effetti la strada giusta e la giusta connotazione di quella struttura anche in considerazione che lì, come diceva l'Assessore, dovrà venire un'ulteriore struttura di risposta socio sanitaria che è la residenza protetta nuova della città di Jesi. Per l'Augusto Murri in effetti le risorse sono queste. € 3.700.000,00 ce li abbiamo già. € 3.700.000,00 che non sono quelli che avete visto prima, quelli che avete visto prima sono solo del Carlo Urbani, questi sono per l'Augusto Murri. € 3.700.000,00 sono quelli che erano del vecchio progetto, se vi ricordate, il progetto di ristrutturazione del vecchio Murri ci sono € 3.700.000,00. Immaginate che con € 3.700.000,00 noi avremmo dovuto fare 80 posti letti di RSA, avremmo dovuto fare tutto quello che c'era scritto nel progetto, oggi non ce l'avremo proprio fatto. Oltre quello ci sono € 5.650.000,00 che sono la quota parte dei € 14.150.000,00 che vi dicevo prima, dell'accordo di programma. L'accordo di programma è formato da due tranches, una per il Carlo Urbani che sono € 8.500.000,00 e € 5.650.000,00 che sono invece destinate all'Augusto Murri. Per cui, in sintesi, vedete qui, questi sono gli investimenti totali delle due strutture, quelli che c'erano e quelli che noi tutti insieme abbiamo portato a casa in quest'ultimo anno. Le strutture e le attrezzature sono il Carlo Urbani, l'Augusto Murri e le tecnologie. Le risorse che c'erano, c'erano € 46.500.000,00, questo è il finanziamento primo e secondo lotto, erano in miliardi noi li abbiamo trasformati in euro, però questi sono i soldi con i quali noi abbiamo iniziato questa avventura. € 3.700.000,00 era quel residuo che vi dicevo rispetto a prima. Erano € 50.200.000,00, sono 100 miliardi, una cifra che non riesco neanche a dire. Nonostante questo, siamo riusciti a portare i 23 famosi milioni di euro che diceva l'Assessore, a casa nel giro di un anno. Abbiamo costretto, hanno costretto i politici, io dico hanno costretto l'intera comunità perché si è resa credibile, cioè la regione non impegna anche politicamente, qui c'è stato un bagno di sangue, noi dobbiamo dovuto fare a guerra con il nuovo ospedale di Fermo, con Ancona, con il mondo intero per dire alla regione "stanziamento complessivamente ulteriori € 23.840.000,00 per Jesi. Significa che questo è un territorio che dà affidabilità, significa che questo è un territorio che ha progettualità, che i nostri progetti sono stati creduti e sono stati giustamente finanziati. Questo è quanto scritto. Ora dobbiamo fare come diceva l'Assessore, da questo momento vigilare perché questi soldi potrebbero anche sparire. Stanno lì, ci sono atti, però voi sapete meglio di me, se non siamo attenti e siamo continuamente sul problema potremmo anche domani non trovarceli più. In questo momento ci sono con atti ufficiali ed impegni presi ufficialmente dal direttore generale dell'Asur e dall'intera giunta. Queste sono, invece, ulteriori risorse, oltre quelle che abbiamo avuto già, per sviluppare ancora di più il progetto dell'ospedale modello. Il progetto dell'ospedale ovviamente e del modello di sanità noi abbiamo detto si esplicita non solo con le strutture ma anche con le attività, per cui abbiamo chiesto alla regione un segnale per sviluppare nuovi servizi e nuove attività e ci è venuto incontro perché sulla 781, sempre quella famosa delibera, c'è stato riconosciuto questo che voi vedete con i finanziamenti a fianco. Noi abbiamo, per le competenze sanitarie legate alla disabilità grave, quella a cui faceva riferimento in effetti l'Assessore, un primo segnale forte di integrazione socio sanitaria per la prima volta nel territorio della Vallesina di Jesi, noi abbiamo avuto € 600.000,00 per riconoscere le prestazioni sanitarie erogate per i disabili gravi in questo territorio. Non era mai successo. Noi abbiamo € 600.000,00 a disposizione per poter pensare di supportare il Comune e gli enti dal punto

di vista sanitario sui bisogni... Questo è un primo passo, un primo segnale forte che sta cambiando il modello di salute che noi vogliamo fare, così come l'istituzione dell'anatomia patologica di area vasta, cioè per quattro aziende, per quattro zone, è un traguardo importante per un ospedale di grande livello e di grande tecnologia, assistenza come il nostro. Il riconoscimento dell'anatomia di secondo livello secondo me è stato un atto dovuto, perché noi già lo facciamo però il contributo di tre medici per fare la guardia medica attiva costerà ovviamente € 270.000,00 l'anno. La riabilitazione cardiologia che abbiamo a Villa Serena ha avuto il riconoscimento di ulteriori 8 posti letti per il Lancisi, quindi ci sono alla fine per questo anno € 1.591.250,00 e l'anno prossimo a regime, quando tutto questo probabilmente partirà per un anno, avremo € 2.335.000,00 da utilizzare. Come vedete i soldi che la regione ha stanziato su questo progetto di modello di sanità evoluta all'interno della Vallesina, è una quantità enorme. Sta a noi adesso dimostrare che siamo capaci di portare avanti questo progetto, questo progetto che in effetti si continua e si completa col territorio. Si continua e si completa col territorio, io ho cercato di raggrupparlo in una sola slide, tutto quello che deve succedere a partire dall'ospedale modello; a partire dall'ospedale modello che deve essere appunto il momento importante, deve essere l'occasione per sviluppare tutta una serie di iniziative che devono essere anche esse modelle, deve procurare questo tipo di discorso soprattutto io prendo, di tutto il documento che vi abbiamo dato, due sole aree, perché le altre ci sarà sui piani comunitari per la salute una conferenza dei sindaci dedicata a questa, per poter approfondire i temi, la salute mentale, il Dr Mari lo ha fatto prima, la prevenzione, il dipartimento di prevenzione sta lavorando con la 2<sup>a</sup> commissione e sta producendo dei documenti, quindi rinvio a loro la discussione. In ogni caso sono qui i responsabili, se abbiamo qualcosa da dirgli glielo possiamo chiedere. Invece le due aree che sono secondo me subito importanti, come l'ospedale modello, come la struttura dell'ospedale modello, sono l'area degli anziani e l'area della disabilità. Ecco, la proposta che noi facciamo, di utilizzare Augusto Murri, va in questo senso, deve essere il momento in cui noi possiamo attivare prestazioni socio sanitarie e lo sviluppo delle assistenze domiciliari integrate ed il problema delle residenzialità, sia per gli anziani che per i disabili. Io ho messo al centro dell'Adi perché ritengo che sia il punto di partenza per ogni discorso nuovo sul territorio. Noi dobbiamo impegnarci tutti, probabilmente già a partire dal prossimo anno, ad ottenere un'assistenza domiciliare integrata, continua. Oggi non riusciamo a dare un'assistenza domiciliare 24 ore su 24, dovremmo arrivare a portare il nostro contributo nei domicili a casa delle persone avendo un servizio sulle 12 ore con personale in servizio, altre 12 ore con la reperibilità e con l'ausilio di tutti i nostri professionisti. Questo ci darà un segnale molto importante di cambiamento e noi stiamo lavorando affinché questo sarà il progetto subito dopo quello dell'ospedale modello. Immediatamente dopo sarà l'assistenza domiciliare integrata che è quella poi in effetti che noi faremo insieme ai nostri professionisti. Così come riteniamo che le residenzialità occupino un posto fondamentale nel bisogno espresso. Per fare questo noi dobbiamo non avere soltanto la prospettiva, perché sulla prospettiva non abbiamo dubbi, il problema è anche nel presente, cioè sul presente noi dobbiamo costruire già adesso i presupposti affinché ciò si realizzi. Noi abbiamo chiesto a questo comitato tecnico, a questo gruppo tecnico di proporre alla zona e proporre poi ai Comuni almeno dei percorsi immediati affinché ciò si possa avverare. La prima proposta che ci hanno fatto sull'Adi è quella di dire se non riusciamo a far partire l'assistenza domiciliare integrata subito sulle 24 ore, occupiamoci almeno per patologie, cioè facciamo questo, concentriamo le risorse e seguiamo costantemente e completamente almeno delle patologie, le più importanti. Questo credo che si possa fare subito e credo che se il tavolo ci proporrà questo noi lo accetteremo, io sono favorevole. L'altra cosa è che stanno valutando per le dimissioni protette un nuovo protocollo di dimissioni protette e quindi un nuovo ingresso e stanno rivalutando tutto il problema delle residenzialità perché noi lo sappiamo tutti, le RSA non sono RSA, sono qualcosa di più, le residenze protette non sono residenze, sono qualcosa di più. È vero che noi non possiamo far altro che dare questo oggi, però noi dobbiamo cominciare a pensare se siamo in condizione di dare

le strutture giuste ai bisogni giusti. Ci dobbiamo almeno provare prima di partire con l'intero progetto che oramai è finanziato e dipenderà solo da noi, che è questo nuovo modello di sanità della Vallesina che la Regione ha voluto che sia il modello di sanità dell'intera regione da sperimentare. Questo è quanto io vi volevo dire per introdurre l'argomento ovviamente, che ci sono degli elementi sui quali possiamo discutere, di dire confrontiamoci d'ora in poi perché è delicata la situazione, perché la situazione è nelle nostre mani. Se noi non ce la facciamo scappare, forse riusciamo ad ottenere queste cose. È ovvio che il dibattito noi lo sollecitiamo, auspichiamo, siamo qui per parlare di questo, vi ringrazio dell'attenzione, ci sono qui tutti i responsabili in effetti per rispondere alle vostre domande.

PRESIDENTE DEL C.C. - CINGOLANI PAOLO: A nome di molti Consiglieri io farò richiesta formale alla direzione di poter venire in possesso delle slide che lei ha presentato. Ora sono prenotati gli interventi dello IOM, delle RSU interne all'azienda sanitaria e del gruppo Solidarietà. Chiunque altro voglia intervenire si deve prenotare al tavolo di presidenza. Invito la signora Quaglieri ad accomodarsi per portare il contributo dello IOM.

QUAGLIERI ANNA MARIA - PRESIDENTE IOM JESI E VALLESINA: Sono Anna Quaglieri, presidente dello I.O.M. Mi allaccio alle parole del Dr Mingione perché ero venuta a parlarvi proprio del Progetto Rosa, Residenzialità Oncologica Sanitaria Assistita. Questa idea ci è venuta appena si parlò della ristrutturazione del vecchio Murri. Quando i pazienti hanno deciso di morire a casa, però per mille motivi, o la famiglia non può, e non me ne va di discutere i motivi perché sono i suoi, o la patologia richiede un ricovero ospedaliero, non sempre trovo la possibilità di un letto. Finora l'ho trovato, però l'ospedale modello limiterà i posti letto, sempre più dovrà essere evidenziato proprio il progetto dell'ospedalizzazione casalinga, quindi io devo trovare un posto, una casa per i miei pazienti. Meglio della ristrutturazione del Murri non c'era, è dal 2002, l'Assessore Melappioni è stato uno dei primi che ho messo a conoscenza di questa idea, mi ha supportato, mi ha aiutato, è stato un progetto che la Regione Marche ha accettato. Poi l'ho portato a Jesi ed ho avuto il supporto prima del Dr Foschi, il Dr Brizioli, la Dr.ssa Beccaceci che mi ha seguito passo per passo, poi è stato approvato anche dal Dr Mingione. Io, però, sento parlare di mille cose, vorrei arrivare alla conclusione. Io sono un po' stanca, vorrei andare in pensione con lo I.O.M. però realizzando questo sogno. È veramente una cosa importante, abbiamo girato, siamo andati a Forlimpopoli, siamo andati a Bologna, abbiamo visto gli ospis a Roma, sono stupendi, sono strutturati come delle case, le camere sono con dei mobili che non sono né di albergo né tanto meno di ospedale. Ogni parente può stare accanto al malato perché hanno una camera insieme e c'è internet, lo voglio strutturare con frigobar, internet, televisore. Il paziente oncologico è un paziente che ha una vita come la mia, poi di colpo si aggrava. È inutile che lo pensiamo chissà come, è uno che lavora, che ama, che vive e quindi bisogna dargli una casa che è una sala comune dove i pazienti possono andare a pranzo se ne hanno voglia, ma soprattutto sono i famigliari che si possono unire lì e condividere un dolore e forse una speranza ed un dolore più leggero. Il mio sogno lo vedo così, bellissima la cucina con degli sportelli colorati uno per ogni camera, ci sarà un pianoforte, probabilmente un gatto se mi sarà permesso. Io vorrei che mi appoggiaste in questo progetto perché lo trovo indispensabile, non è possibile che i pazienti siano le RSA della Vallesina. Il paziente oncologico è il 10% dei pazienti che sono in residenzialità, allora perché mandarli in tre posti dislocati dove il loro medico di famiglia non li può seguire? Dove l'oncologia, che li ha in cura da sempre, non possa seguirli fino alla fine? Dove forse con un progetto ambizioso io spero che gli stessi infermieri che seguono a casa questi pazienti possano, con una turnazione diversa, aumentando le unità..., poi il Dr Mingione è sempre disponibile, quando si tratta di una crescita dove l'utente, il cittadino, io l'ho trovato sempre disponibile, non posso dire diversamente. Io trovo che sia giusto che questi siano uniti in un'unica struttura, seguiti dall'oncologia, con le famiglie vicine, con un personale che è lo stesso

che lo ha seguito a casa e quindi non hanno il trauma, personale che lo ha seguito a volte per mesi, con i quali si confidano forse più che con un parente. Non gli si può togliere nessuna di queste figure che rendono importante la vita di chi non ha un futuro. Se questo futuro non c'è, quello che c'è, se possiamo fare qualcosa aiutiamolo che sia migliore. Datemi una mano. Questo è il progetto, le approvazioni ce le ho, bisogna che ve ne facciate carico voi, Jesi, sindaci della Vallesina, tutti perché è un problema che coinvolge tutti ed è un problema grave.

PRESIDENTE DEL C.C. - CINGOLANI PAOLO: Eventuali chiarimenti sia alla signora Quaglieri per lo I.O.M. che al Dr Mingione in merito a questo progetto potranno poi essere fatti in sede di discussione.

MANCINELLI GIACOMO – RSU ZONA 5 - OO.SS. TERRITORIALI - COORDINATORE RSU ZSUR ZONA 5: Un saluto a tutti i presenti ed un ringraziamento all'Amministrazione Comunale per l'opportunità offerta oggi in questa occasione di poter venire a parlare. Io sono il coordinatore della rappresentanza sindacale unitaria dell'azienda sanitaria unica regionale zona 5 di Jesi, quindi parlo oggi a nome e per conto della RSU ed anche delle organizzazioni sindacali territoriali che mi hanno dato mandato. Un ringraziamento al presidente Paolo Cingolani proprio per questa opportunità. Leggerò, mi vedrete leggere perché ho il comunicato stampa che abbiamo prodotto il 16 di questo mese, è stato inviato non solo agli organi di stampa ma anche a figure istituzionali importanti tra cui il direttore generale dell'Asur, l'Assessore Regionale alla Sanità, al Sindaco del Comune di Jesi e, in quanto rappresentante di spicco, presidente della conferenza dei sindaci, nonché agli organi di stampa. Mi vedrete leggere questo come spunto. *A distanza di oltre tre mesi dalla firma degli accordi sulle fasce economiche e sulle risorse per la contrattazione integrativa, la RSU della zona 5 e delle organizzazioni sindacali territoriali denunciano la mancata applicazione delle intese sottoscritte.* La direzione di zona della zona 5, dopo aver dato garanzie sull'attivazione degli accordi sottoscritti il 29 maggio, ha inviato a noi della RSU ed alle organizzazioni sindacali territoriali, una nota dell'Asur, dell'azienda sanitaria unica regionale, con il quale venivano invitate le parti della zona 5 a sedersi di nuovo al tavolo ed a redigere nuovi accordi, modificandoli. La nostra denuncia riguarda una delegittimazione quindi politica e non contrattuale di quello che è il tavolo di contrattazione della nostra zona, la zona 5, a causa delle ingerenze e prevaricazioni dell'Asur ed a questo punto all'assenza di un interlocutore abilitato a concludere gli accordi con la RSU, quindi parliamo della direzione di zona 5. Abbiamo avuto nel tempo, non è il primo comunicato, ce ne sono stati tanti, due solo a luglio per riferirmi agli ultimi, avevamo avuto rassicurazioni e garanzie fornite tanto dalla direzione di zona quanto dall'Asur, nei confronti di quello che doveva essere la conservazione della nostra autonomia zonale, circa la contrattazione, e la difesa degli accordi sottoscritti che a questo punto hanno perso di peso nelle assicurazioni e garanzie. Noi riteniamo che non siano più convincenti e sono state sconfessate proprio da quest'ultima nota prodotta dall'Asur, in cui abbiamo visto questi accordi delegittimati nel merito proprio, che sono stati disattesi senza peraltro subire quello che era il previsto controllo ai fini del contratto collettivo nazionale di categoria, ai sensi dell'art. 5 del 1999, ossia la verifica e le analisi del collegio dei revisori dei conti che non c'è stato il parere negativo. Questo contesto che va a colpire le relazioni sindacali della zona 5, si inserisce però in un contesto più ampio che ci vede ormai da molti mesi con una situazione di sostanziale incapacità da parte della controparte aziendale, quindi la direzione di zona, a fornirci risposte concrete su tutta una serie, sono numerose, questioni che abbiamo posto al tavolo della trattativa. Sono tantissimi i problemi che abbiamo raccolto tra i lavoratori e molti sono stati sottoposti alla nostra attenzione a cui noi abbiamo posto delle proposte di risoluzione, ma pochissime sono state le risposte concretizzate e per alcune questioni non c'è stata proprio risposta. Lo stato di immobilismo amministrativo ed organizzativo ha fatto sì che siano irrisolte molte questioni, e queste questioni che io vado a citare sono il motivo

per cui abbiamo chiesto di poter parlare in questa occasione oggi in questa sede, perché i timori non sono solo quelli di noi lavoratori ma vanno a puntare il dito su quello che può essere in prospettiva la qualità dell'aspetto motivazionale, la qualità dell'aspetto del clima interno, del benessere organizzativo e quindi l'efficienza e l'efficacia dell'erogazione dei servizi che andiamo a fare alla collettività. Le questioni sono: le indennità pendenti concordate e non ancora erogate al personale, quindi aspetti economici della busta-paga che è attaccata pesantemente sul potere di acquisto; le problematiche di vario genere che sono a carico delle strutture periferiche. Noi oggi abbiamo sentito parlare dell'ospedale Carlo Urbani, non dimentichiamo abbiamo le realtà periferiche, parlo dei distretti e delle RSA. Il regolamento dei dipartimenti che è stato approvato in luglio con atto unilaterale dalla direzione senza concertazione al tavolo. Le dotazioni organiche carenti, dove non vengono sostituiti i pensionamenti, e questo impone carichi di lavori gravosi ed insostenibili per varie unità operative ai servizi. Il problema della veridicità dei cartellini delle presenze e delle buste-paga. Dall'anno scorso che è iniziata la nostra denuncia, cercando di coinvolgere le istituzioni, a Jesi non c'è solo questo elemento nuovo ed importante dell'ospedale modello, ma da noi, come zona, siamo una delle poche, abbiamo avviato da tempo un progetto informatico sulla rilevazione delle presenze-assenze e delle buste-paga che ci ha visto segnalare più volte un problema che non ci rapporta poi una veridicità sugli emolumenti in busta-paga e sui cartellini delle presenze. Da tanto tempo stiamo cercando di coinvolgere le istituzioni. Processi stabiliti ed iniziati che sono fermi o a rilento. Mi riferisco ad esempio alle selezioni interne ma anche e soprattutto alla stabilizzazione dei precari. Altre zone territoriali hanno già stabilizzato i propri precari con relativa stipula definitiva del contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato. Noi siamo in forte ritardo. Problematiche varie inerenti la sicurezza e la salute degli ambienti e dei luoghi di lavoro. L'istituzione del comitato paritetico per il mobbing ed i seri interrogativi posti dall'organizzazione dei servizi ed il ricorso alle esternalizzazioni degli stessi. Questo è un elenco delle questioni. A queste si deve aggiungere la grave questione che riguarda lo splafonamento del fondo dello straordinario, parliamo quindi di contenimento della spesa. In questo contesto la direzione da troppo tempo noi riteniamo che sia assestata e strutturata verso l'improprio utilizzo dello stesso, per il quale vengono pagati gli operatori impegnati nel valente ed importantissimo servizio dello I.O.M. ma per cui è previsto un canale di pagamento che non può andare a carico del fondo dello straordinario che è quello del contratto collettivo nazionale di lavoro, per il quale l'azienda sta pagando l'ordinaria programmazione del lavoro, quando invece è noto da contratto che il fondo dello straordinario può essere utilizzato solo per pagare le reperibilità e lo straordinario, non come normale programmazione del lavoro. Noi quindi chiediamo, per queste due questioni, che venga istituita una vera e propria ADO, Assistenza Domiciliare Oncologica, per il quale chiediamo che venga assunta un'adequata quantità di personale affinché si riduca il ricorso al consumo di reperibilità e straordinario che va ad incidere sui fondi, sul bilancio. In questo quadro generale la RSU e le organizzazioni sindacali territoriali esprimono le proprie perplessità che si possa realizzare un ospedale modello, e temono che alla fine si operi niente più che una riduzione dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera della Vallesina. Qui non c'è scritto però colgo l'occasione, c'è stato un seminario a giugno in cui si parlava del nuovo ospedale Carlo Urbani e si illustrava una prima analisi dei lavori dei gruppi progetto, dove vede impegnati gli stessi dipendenti della zona 5, su quella che è la pianificazione e la progettazione dell'organizzazione, l'efficienza dell'ospedale. In quella fase era emerso un elemento che era stato colto dagli organi di stampa, in cui si citavano 110 posti letto che a noi ci configurano come riduzione dei posti letto, per cui noi a questi elementi aggiungiamo il timore che si vada ad una riduzione dei posti letto. Il nostro timore è che a fianco all'auspicio, all'aspettativa nell'ospedale modello noi temiamo che ci siano delle difficoltà a garantire in questa fase anche un'Amministrazione che sia consona ad essere operativa per un ospedale modello, gradiremo avere un'Amministrazione che sia modello anche in questo. Noi, le RSU e le organizzazioni sindacali territoriali, prendiamo atto che quanto concordato il 29 maggio

sugli aspetti degli accordi economici non viene confermato dalla direzione di zona, prendiamo atto che la direzione di zona non riesce più ad essere un interlocutore abilitato a concludere le trattative e prendiamo atto che assistiamo ad un immobilismo amministrativo ed organizzativo che impedisce la soluzione dei problemi portati al tavolo sindacale. Per cui riapriamo la vertenza sospesa a maggio, avevamo speso la vertenza a fronte di aperture della direzione perché avevamo avuto in quella fase una garanzia e queste questioni potevano essere affrontate, per cui interrompiamo adesso, alla prova dei fatti che siamo stati disattesi, le relazioni sindacali e preannunciamo fin da ora iniziative di protesta che si realizzeranno nelle prossime settimane. Chiudo qui, il messaggio era che noi dovevamo portare un timore, un disagio che non è solo dei lavoratori, ma che temiamo possa andare ad impattare sull'aspetto motivazionale del lavoro, sul clima interno, sul benessere organizzativo e su quella che è la qualità, l'efficienza e l'efficacia dell'erogazione dei servizi offerti alla cittadinanza. Grazie a tutti.

RAGAINI FABIO - GRUPPO SOLIDARIETA': Grazie dell'invito. Mi fa piacere ricordare che l'ospedale intitolato Carlo Urbani, Carlo Urbani è stato con una sua iniziativa l'ideatore delle attività del gruppo Solidarietà che ha portato avanti dal 1979 fino ai primi anni '80, quindi sono contento di ricordarlo anche per questa fase iniziale della sua attività che è stata molto importante per molti di noi adolescenti in quel periodo. Noi abbiamo consegnato un documento che sono due note che abbiamo fatto a maggio, giugno scorso sui problemi dei servizi sanitari e socio sanitari, a quelli vi rimandiamo, sono testi corposi e diciamo che approfondiscono quella complessità di cui ha parlato per quanto riguarda i servizi socio sanitari, il direttore. In questa fase, in questo intervento per forza breve voglio indicare tre punti che secondo me segnalano una crisi importante sia del governo, della politica territoriale, qui faccio riferimento ai Comuni dell'ambito territoriale che al governo dei servizi sanitari di questa zona. Il primo punto è il bisogno e l'offerta di residenzialità per persone disabili. Sapendo che l'intervento era corto, ho tagliato, perché mi sono andato a rivedere le nostre lettere del 1984-1985-1986 all'allora associazione dei Comuni, quando vedeva partire il progetto intercomunale dei servizi, ed un punto centrale era questo del bisogno di residenzialità. Noi in venti anni siamo stati capaci di costruire quattro posti letto, partiti tre o quattro anni fa, dopo infinite pressioni ed infinite procedure di dilazioni anche da parte della zona sanitaria che ha cercato in tutti i modi di non ritardare l'attivazione per non assumere i costi, ancorché molto bassi perché la Regione contribuisce per il 50% per i costi retta, però il recente piano sanitario stima, in un territorio come questo, in almeno 20 posti letto di residenzialità per disabili. Allora, aldilà di quello che indica la programmazione regionale, i servizi nostri fanno le pressioni che arrivano per situazioni che scoppiano o che sono scoppiate. Nonostante questo, noi oggi siamo ancora ad attendere una risposta adeguata per l'urgenza del bisogno. Dico che questo segnala una crisi, perché non siamo in presenza di servizi che rispondono adeguatamente a dei bisogni e che siamo in una fase di aggiustamento, qui siamo in una fase di mancanza di servizio, perché quattro posti in un territorio di 100.000 abitanti sono nulla e di fronte a questo noi ancora balbettiamo nella costruzione della risposta. E questo è un intreccio tra Comuni e responsabilità dell'azienda sanitaria per quanto riguarda la compartecipazione al costo della retta. Il secondo punto io sono contento che il direttore lo ha posto come criticità, noi ci incontriamo da molti anni e voi capite che le ripetizioni senza risultati a volte diciamo non dico disturbano ma certo possono anche irritare. Anche qui avevo cominciato a prendere le note 2002/2005 ma ho lasciato perdere, ma ci vuole poco a rimetterle insieme. Vorrei intitolare questo secondo punto, le cose bisogna dirle e poi bisogna farle, allora il punto è quello dell'articolazione delle cure domiciliari. L'articolazione delle cure domiciliari non è un regalo che noi possiamo fare adesso con il vecchio Murri o con altre cose, qui c'è un punto, che le famiglie che scelgono e che con molta sofferenza, con molti sacrifici tengono, evitano, ritardano la residenzialità all'istituzionalizzazione, non trovano dal punto di vista delle cure domiciliari quei supporti di cui hanno diritto e che le istituzioni hanno il dovere di assicurare. Io

vorrei ricordare che l'articolazione delle cure domiciliari, così come prevista dalla nostra normativa del 2001, prevede che per la sola assistenza infermieristica sia erogata su 6 giorni la mattina e su 5 pomeriggio, con una reperibilità nei festivi. Noi oggi abbiamo un servizio sostanzialmente di mattina, non sono chiare le prestazioni che vengono erogate. Siccome c'è anche molta attenzione alla riduzione dei costi, io vorrei dire, richiamare quanto costa gli accessi al pronto soccorso di pomeriggio per soggetti che devono fare un cateterismo perché nessuno glielo fa, quanto costa gli accessi al pronto soccorso alle case riposo per delle stipsi, cioè perché la gente non va di corpo. Queste sono le questioni molto semplici ma che destabilizzano delle situazioni familiari molto precarie con situazioni permanenti di sofferenza. Quando dico al direttore che le cose bisogna dirle e bisogna farle, molte cose richiedono solo riorganizzazioni, aspetti organizzativi e sono scelte. Perché molti territori di questa regione le cure domiciliari funzionano anche di pomeriggio? Sono scelte organizzative, c'è il cuore e c'è la testa in un posto. Qui forse noi abbiamo l'esperienza dello I.O.M., c'è lo I.O.M. scelto di auto-organizzarsi, è stato sostenuto, ma perché un servizio pubblico non è in grado di organizzare e di dare la risposta adeguata ai bisogni dei cittadini? Non possono esserci due tipologie di cittadini con un bisogno uguale solo perché diciamo c'è una diagnosi di un certo tipo, quando non c'è quella diagnosi il servizio è completamente differente. Noi siamo per le cure domiciliari, nonostante l'enfasi sulla domiciliarità, con logiche prestazionali ed in un servizio residuale, residuale-prestazionale, che è una logica assistenzialistica che tutti i grandi ragionamenti che abbiamo sentito impattano completamente, perché questo passa attraverso la qualità della vita, attraverso la qualità delle prestazioni, attraverso modelli organizzativi che pongano la presa in carico come il centro del servizio. Questo è quello che noi sperimentiamo da anni e che continuiamo a sperimentare. Siccome le responsabilità non sono le stesse, tra i volontari, tra chi dirige un'azienda, allora su questo bisogna che il punto si faccia e si faccia seriamente. Su questo la politica bisogna che fa la sua parte, che si informi, che capisca e che intervenga con competenza e che forse vada un po' più al centro delle questioni e non su questioni che non sono sostanziali. Chi ieri come oggi intende mantenere una persona grave a casa, o ha le risorse economiche per pagarsi l'assistenza privata, l'assistenza sanitaria privata, o questo non accade. I percorsi, e qui vengo al terzo punto, devono essere trasparenti perché abbiamo l'altra enfasi sulla centralità del consumatore, del cliente, dell'utente, chiamatelo come volete, ma qui siamo in presenza di soggetti particolarmente deboli, fragili e vulnerabili che non sono in grado di auto-tutelarsi. Un percorso trasparente significa definire con chiarezza le regole, darle in mano ai fruitori del servizio e creare un patto, questa volta sì, tra i vari soggetti con diritti e doveri. Se noi non abbiamo i percorsi trasparenti ed i percorsi non trasparenti sono figli di situazioni che non sono corrette, che se sono chiamate con il loro nome però mettono in crisi il sistema, allora si crea un sistema che non è trasparente, che non fissa le regole, dove il forte, che per il 95% il servizio, ha la capacità di travalicare il debole che è l'utente. Ma non fissare le regole significa anche che quando il forte diventa l'utente che in quel caso pretende un privilegio, il servizio non è in grado di opporsi a questa situazione. La definizione della regola, la trasparenza dei percorsi è una garanzia per tutti, per gli operatori, per gli utenti, per la comunità locale. Insistere come noi facciamo, senza fare questi percorsi, significa non voler attivare percorsi trasparenti che mettono con chiarezza di fronte a diritti ed a doveri. Il terzo punto è il sistema di accesso e valutazione. Il sistema accesso e valutazione sono quei due grossi strumenti, quei due importantissimi strumenti che sono le unità multidisciplinari per l'età evolutiva e per l'età adulta che riguarda la disabilità, e le unità valutative distrettuali che riguarda gli anziani non autosufficienti e soggetti con forma di demenza. Qui mi aggancio al discorso detto prima, questi sono strumenti essenziali e fondamentali per la presa in carico, questi strumenti non funzionano, non funzionano bene, hanno carenze di personale ma ci sono carenze organizzative che vanno colmate. Questa è una responsabilità importante da assumere, perché il sistema di accesso ai servizi, la definizione degli strumenti, le modalità con le quali l'utente accede al servizio devono essere modalità chiare, trasparenti, prefissate, dove ai percorsi

valutativi si abbiano risposte adeguate alle richieste delle persone. Rispetto al passato se ne parla molto di più ma non cambia la sostanza delle cose, noi ce l'abbiamo avuta la dimostrazione in tutto il percorso anziani che qui ora non lo prendiamo che qui sarebbe troppo lungo, sulla residenzialità protetta, sulle valutazioni, sul fatto che il cittadino aveva, non aveva le valutazioni, percorsi non trasparenti. Noi oggi non abbiamo ancora definito i criteri di esclusione e di ammissione di dimissione dalla RSA, con quale criterio. Questi sono aspetti molto importanti per la vita delle persone e delle loro famiglie. Allora perché dilazionare le risposte? Non richiede finanziamenti aggiuntivi, questo. Io credo che assumere un'effettiva presa in carico è la sfida che i nostri servizi continuano a non voler assumere, da lì parte il cambiamento ed attraverso la presa in carico io credo che l'esperienza dello I.O.M. ha dimostrato la differenza tra i due tipi di servizio, quando c'è la presa in carico e quando c'è un servizio prestazionale. Quando c'è la presa in carico il cittadino lo riconosce come tale, lo sente come qualcosa pensato per lui, lo sente come sua parte perché altrimenti noi anche in territori come questi, in cui l'uguaglianza, la solidarietà è al centro, il perno di ogni riflessione, noi rischiamo di rimanere con un po' di beneficenza pubblica e di compassione, e questo non ce lo possiamo permettere, anche in luoghi che non fanno riferimento a liberismo selvaggio. Concludo dicendo che il lavoro di questi anni è un lavoro, il nostro, che ha bisogno di nutrirsi di una speranza perché sennò non saremo qui. Vorrei assicurare che nel nostro lavoro incontriamo quotidianamente tante persone in difficoltà, in sofferenza che vengono nei nostri luoghi a chiedere, a parlare, a raccontare. È un nostro dovere coltivare la speranza, ma è anche un vostro compito quella di sostenerla, e voi dovete sostenere questa speranza con le risposte, con la dimostrazione ben visibile di un impegno. Questo impegno deve essere visibile, per parte nostra non sempre lo è.

PRESIDENTE DEL C.C. - CINGOLANI PAOLO: A questo non ci sono altri interventi prenotati né altri interventi che sono stati prenotati durante la seduta. È aperta la discussione e la possibilità di chiedere chiarimenti, fare riflessioni e quant'altro da parte dei Consiglieri Comunali.

MELAPPIONI AUGUSTO – M.D. JESI E' JESI: Un grazie particolare a tutti quelli che hanno partecipato finora, lo dico da Consigliere Comunale e lo dico da operatore della sanità. Sollecito un'attenzione particolare di tutti noi Consiglieri perché quello che ci è stato detto è molto importante, è molto utile ed è in qualche maniera un carico, un obbligo che ci prendiamo rispetto a quello che ci è stato detto e quello che si può attuare. L'altro giorno in regione ho trovato le riviste che parlavano in generale della Regione Marche, ne ho trovate diverse, le ho sfogliate. In nessuna di queste, nonostante decine e decine di rappresentanti fossero intervistati, c'era un rappresentante politico istituzionale della Vallesina. Io credo che questo sia un indicatore importante di dove ci troviamo, rispetto alla rappresentatività negli altri livelli, nelle altre istituzioni, credo quindi che questo progetto di bilancio della sanità del nostro territorio sia una grandissima opportunità, sia una grandissima opportunità per recuperare un orgoglio di appartenenza che credo un pochino si sia sbriciolato negli ultimi anni. Plaudo fortemente ad un progetto di riorganizzazione, mi auguro che l'Amministrazione Comunale si faccia carico di presentare al Consiglio Comunale un completo progetto esaustivo di quanto si va riflettendo, come diceva l'Assessore Aguzzi in continuità con quello che è stato fatto, ed ora permettetemi, pure con il disagio di un dipendente del sistema sanitario, di fare qualche riflessione non sempre in linea con quello che ho sentito finora. Devo riconoscere e dare atto, fare plauso al direttore Dr Mingione per questa giusta intuizione e giusta proposta, anzi direi a mio parere e per la mia storia personale entusiasmante, di modello di ospedale. Credo che questo sia veramente uno dei momenti che, se realizzato, può rappresentare un elemento di identità proprio di quell'orgoglio che richiamavo prima. Mi impegnerò costantemente, per quello che mi è possibile, perché questo progetto si attui. Perché qualche perplessità? Vorrei che fossero prese queste perplessità non come critiche ma come modesti consigli e come sollecitazioni e

perequazioni positive. Intanto il Dr Mingione ha enfatizzato, giustamente dal suo punto di vista, il ruolo della regione. Qui a mio parere cominciano le difficoltà. Io lo dico con sincerità, non credo che la regione creda a questo progetto. Ne volete un piccolo esempio, ma molto piccolo? Più di un anno fa l'Assessore ed il direttore generale dei servizi della sanità, non ricordo se l'hanno detto in quest'aula o in una vicino, per dire che il progetto era splendido e ad ottobre avrebbero fatto un convegno in città per far capire meglio a tutti e dare delle linee più chiare su come attuarlo, ottobre dell'anno scorso. Non si è visto più niente. Rispetto poi alla politica complessiva della regione. Io vedo una situazione di stallo. È almeno un anno e mezzo che la regione si è fermata sulla sanità. Volete due esempi? Il piano sanitario votato il 31 luglio 2007 è ancora carta, non è stato fatto assolutamente niente. Sono state fatte le cabine di regia e lì la situazione è ferma, completamente ferma. La regione è più di un anno che è ferma sulla sua progettualità. Non solo, non ne dovrei parlare e non ne vorrei parlare, ma indubbiamente la questione dell'Asur non è stato assolutamente attivato niente, non c'è un sistema informatico unico in questa regione, e si parla già di cinque anni. Ad esempio l'integrazione socio sanitaria, non si è fatto niente, anzi si è tornato indietro a livello regionale, non c'è più una politica in questo senso e c'è un clima che voi avete sentito qui e sul quale io dirò qualcosa, che è così in tutta la regione. C'è un clima da parte degli operatori di disaffezione, di delusione e di amarezza. Poi le risorse. Vedremo. Io con l'ottimismo che mi viene dal credere in questo progetto io spero che quelle risorse ci siano. La regione crede in questo progetto, in effetti la regione chiede i finanziamenti, credo che ve li hanno dati a livello nazionale, quindi quella credo che sia una cosa sulla quale almeno spero. Ricordo che la regione ha chiesto complessivamente circa € 600.000,00 quindi non ha fatto un'eccezione, un plus per questo territorio, considerando le dimensioni complessive. Questi sono elementi che mi preoccupano. Un altro dato: ci siamo pagati come territorio le sale operatorie. La regione crede tanto in questo progetto che ce le siamo pagate con i soldi della fondazione che avremo potuto utilizzare per qualcosa di specifico, di particolare, di nuovo da qui a quattro anni. Io lo vedo come un indicatore negativo. Ci sono elementi esterni a questo territorio che, nonostante l'impegno degli amministratori, ma la fragilità della rappresentazione politica da una parte e dall'altra un atteggiamento nei confronti della sanità regionale che è quella soltanto di fare zero sui bilanci, magari mettendoci dentro i conti di vendite patrimoniali, il che la dice lunga su come stanno le cose, a mio parere mi riportano una preoccupazione complessiva. A proposito in quegli investimenti c'è il potenziamento dell'ospedale di Cingoli. Io credo che siamo alla farsa. Oggi l'Europa, il mondo occidentale ha deciso qual è lo standard minimo di un ospedale chiamato tale che deve curare e salvare le persone, è il nostro. Questo è lo standard minimo. Allora invece di pensare a fare una struttura che poteva accogliere la post-acuzie, la lungo degenza, la non autosufficienza, chiamatela come volete, per questioni di campanile politico si investe su Cingoli. Poi avremo dovuto, Presidente, parlare forse di più, magari qualcosa rispetto a tutto il territorio. Non parliamo mai ad esempio di Villa Iolanda, dove credo invece sarebbe opportuno fare una riflessione e capire come stanno le cose. A parte questo, tornando alla questione dell'ospedale, io credo che ci siano, non me ne voglia Dr Mingione, anche delle difficoltà interne. Credo che quello che ha illustrato poco fa il rappresentante sindacale debba essere preso come una forte preoccupazione. Io credo che manchi qualche cinghia di trasmissione tra l'ottima idea e l'ottima impostazione progettuale che è stata data dal direttore e le possibilità reali di attuazione. Ecco, io lì ci vedo delle fragilità che francamente mi preoccupano un po'. Mi preoccupano perché sento un clima complessivo, rispetto alla pur grande volontà dimostrata dalle 250 persone che si sono impegnate sul progetto, vedo francamente delle fragilità che mi auguro proprio di no, non rappresentino una luna di miele che sia in fase di riduzione e quindi su questo dobbiamo lavorare. Ci sono del resto un paio di scelte che non condivido, le voglio qui dire, so che questo non mi porterà bene, mettiamola così. È stata fatta la scelta dell'anatomia patologica, non la condivido, penso che sia un servizio che porti pochi cittadini e non dia lustro a questo territorio. Soprattutto la cosa che mi colpisce è che siano arrivati dalla

regione, non so se richiesti, mandati, ecc., ulteriori finanziamenti per la neonatologia. Allora io vi dico due dati: oggi nei ricoveri le persone sopra ai 65 anni sono il 50%, nel 2020 saranno il 75%, cioè i tre quarti di quelli che si ricoverano sono anziani. Io qui dentro non ho sentito parlare di demenza, non ho sentito parlare di alzheimer. Allora io penso che sarebbe stato più opportuno prendere quelle risorse ed utilizzarle nelle forme che potevamo, oltretutto ci sono percorsi e progetti fermi lì da diverso tempo in regione, su questa direzione. Ecco io su questo penso che dovevamo fare una riflessione diversa e mi domando come mai le cose siano andate in questa direzione. Finisco con le questioni dell'ospedale sul quale ho visto un grande impegno sulle liste di attesa, pur con grande difficoltà ma quelle credo che indubbiamente le liste di attesa siano proprio l'ultima spiaggia della sanità, nel senso della quasi impossibilità di correggere complessivamente le questioni. Qui la pongo come domanda, per capire insomma, la lungo degenza è Villa Serena, è previsto che ci rimanga sempre o com'era nell'iniziale progettazione era una collocazione provvisoria? Perché vi dico questo? Vi dico questo perché ci aggancio la seconda questione che mi preoccupa molto e molto di più, sulla quale la politica jesina negli ultimi dieci anni, quindi ci metto tutti, non ha fatto scelte ed è la questione del vecchio Murri e della non autosufficienza. Oltre gli ottantenni sono 5,6 della popolazione, il 2020, ed è dietro l'angolo sulla progettazione della struttura, saranno l'8,5%, cioè 7/800, 1.000 persone in più su questo territorio saranno non autosufficienti. Allora io credo che noi dobbiamo dedicare il vecchio Murri prevalentemente alla non autosufficienza, non dico la forma. Mi va bene, anzi condivido e continuo ad appoggiare il percorso della questione della residenzialità oncologica, ma io mi preoccupo per me stesso, perché spero di vivere a lungo e so che passati gli 80 anni il 25% degli ottantenni sono non autosufficienti. Quindi noi andiamo avanti affrontare un domani in cui la drammaticità della non autosufficienza collegata ad una famiglia che non regge più, ci porta a pensare che dobbiamo applicare e plaudo al progetto sull'Adi, nelle forme che diceva Ragaini credo che veramente quello sia la priorità, la condivido, ma anche purtroppo a pensare ad un'ulteriore residenzialità. Mi preoccupa il fatto che noi dovremmo costruire una casa di riposo su un'area che da quello che so io, chiedo scusa se dico le cose errate, c'è un conflitto che non so quando consentirà l'edificazione. Allora io penso che dentro il Murri noi faremo molto bene ad allargare abbondantemente la possibilità di residenzialità rispetto a quello che è stato proposto. Questo del Murri perché è la grande preoccupazione? Perché io ho dubbi che l'ospedale modello possa funzionare se l'Adi da una parte ed il vecchio Murri non siano già operativi quando inizia. Noi abbiamo programmato giustamente una modalità di ospedale che cura gli acuti, li cura meglio di oggi, con una qualità complessiva più alta, ma indubbiamente li sposta immediatamente e giustamente nella post-acuzie, cioè nel nostro caso al vecchio Murri ed a casa. Se queste due componenti non funzionano vi assicuro e sono tranquillo che gli anziani con una piccola polmonite che arrivano al pronto soccorso li piazzeranno dentro le rianimazioni, dentro i letti della sala operatoria, dentro la neonotologia, ecc.. Credo che ci sono dei criteri oramai individuati in quella che è la casistica internazionale che noi su questa strada dobbiamo andare. Poi se quella residenzialità è di tipo strettamente ospedaliero, se quella residenzialità invece è di tipo assistenziale, più di tipo comunale diciamo così, residenze protette, vorrei cercare un linguaggio che sia abbastanza chiaro, credo questo che lo decideremo successivamente. Ma io dentro il vecchio Murri ci vedo fortemente delle funzioni di questo genere. Ormai il sistema sanitario non cura più prioritariamente le acuzie ma la post-acuzie, le malattie croniche, la cronicità. Lo può fare sia da una parte con la residenzialità, non dico RSA, oramai quello è un modello che abbiamo verificato che è anche superato, però qualsiasi forma in cui ci sia la post-acuzie di residenzialità dei non autosufficienti io credo che vada allargata. Per quello che riguarda il territorio. Sul territorio noi dobbiamo partire con un principio diverso da quello che si è fatto fino ad oggi. Il territorio lavora come lavora l'ospedale, cioè in attesa, aspetta che qualcuno abbia bisogno, questo è diffuso, non è da noi. Noi dobbiamo andare a cercare chi sta male perché dobbiamo prevenire l'aggravarsi della malattia, dobbiamo corrergli dietro. Nel caso, piccolo rispetto alla dimensione ma grande dal punto

di vista qualitativo, quello che ha fatto lo I.O.M., cioè ha corso dietro, ha anticipato le problematiche con una presenza più forte, il modello è quello. Su quel modello territorio credo che ci vadano una serie di funzioni, sia quelle che presentava prima il Dr Mari sulla psichiatria, sulla quale francamente io ho avuto qualche, lo dico con dispiacere, preoccupazione sentendo i rappresentanti dei malati, credo che sia solo un aggiustamento di comunicazione. Ma ci sono due punti oltre alla demenza in generale, l'alzheimer è dentro la demenza, che io credo noi dobbiamo togliere sul territorio, da una parte è il dopo di noi, questo è uno dei territori che parla poco del dopo di noi. Per dopo di noi si intende, lo dico per i non addetti, cosa succede dopo che non ci sono i genitori, questo è il modello classico e poi ci sono le variabili, dopo che i genitori non ci sono più o sono in una situazione di non sostegno ed il figlio o gli altri famigliari non sono in grado di sostenersi. Io credo che qui bisogna che la comunità, per la storia di sensibilità sociale che ha avuto, inizi qualche progettazione, perché credo che non esistano poche cose più gravi nella vita che avere il disagio di un figlio e poi l'età che passa ci obbliga a lasciarlo solo dove? In mezzo al mare? Dove? Da qualche parte. Questa è una delle questioni. L'altra questione è un'epidemia che non si sente, riguarda l'anoressia e la bulimia. Lo so che c'è uno sforzo da parte degli operatori a livello locale, ma io credo che su questa cosa, per la drammaticità che ha, le dimensioni forse non so a cosa paragonarlo, non ho gli elementi ma credo che siano estremamente gravi, credo che dobbiamo pensare a qualcosa ad iniziare da questo Consiglio Comunale per portarlo poi all'attenzione di tutto il territorio. Qualcosa sul dipartimento di prevenzione. Io ho visto che c'è un progetto, chiedo una cosa che forse la direzione di zona non può fare ma ci servirebbe per capire, so che è stato fatto un grande sforzo, nel senso che c'ero, non voglio allargarmi, vorrei capire le dotazioni organiche che ci sono dentro i vari dipartimenti di questa regione, perché da quella relazione viene uno stato delle cose decisamente preoccupante sui controlli. La nostra commissione si è ben impegnata in questa direzione, non vorrei che andassimo in allarme per un altro grave incidente come purtroppo è capitato. Credo che dobbiamo capire come organizzare quel dipartimento, forse un modello organizzativo diverso, forse la stabilizzazione, ma mi sembra un po' dubbio che qualche stabilizzazione risolva questi problemi, io credo che sotto quel punto di vista noi dobbiamo stare con gli occhi aperti e svolgere un ruolo importante. Le cose sono tante che vorrei dire in più, un paio di cose che mi inquietano molto, l'aumento notevole che ho letto nelle relazioni dell'handicap a livello dei minori e questo aumento notevole dei pazienti a carico del DSM. Io mi auguro che questo dipenda da una maggiore capacità che abbiamo noi di intercettare il disagio, ma qualcosa ci dice che il disagio sta fortemente crescendo e quindi il disagio che sta fortemente crescendo deve trovare un supporto, anzi deve trovare una prevenzione nell'ambito della comunità e del territorio. Noi non possiamo tirarci indietro perché lo rappresentiamo.

PENNONI MARIA CELESTE – FORZA ITALIA: L'incontro di questa sera è il prosieguito di una serie di iniziative pubbliche che la Regione, l'Asur, le istituzioni locali che confermano la buona disponibilità, la convinta adesione del progetto di nuovo ospedale che la direzione, il nostro direttore generale in modo encomiabile ha ideato, ha progettato, ha voluto e sta portando avanti col coinvolgimento di ben 250 operatori suddivisi in 23 gruppi di lavoro. Rappresenta in questo modo Jesi e la Vallesina quindi, in base a questo nuovo progetto, rappresenta un nuovo modo diverso e più moderno di intendere la tutela della salute. Ma le varie affermazioni, volontà espresse ed analisi contrastano con la persistenza di problematiche che rappresentano un ostacolo al trasferimento dal Viale della Vittoria alla nuova struttura Murri. Alcuni problemi che evidenzierò, che elencherò per non soffermarmi troppo, hanno avuto già in parte una risposta, comunque alcuni li elenco ed in altri mi soffermo di più. Un problema che ritengo abbastanza problematico, notevole, è l'acquisizione da parte dell'Amministrazione Comunale dell'area antistante l'ingresso principale dell'ospedale Carlo Urbani, area prevista per il prolungamento di Via Aldo Moro, unica via di accesso per i cittadini alla nuova struttura. Questo prolungamento non andrà a risolvere la viabilità verso il nuovo

ospedale ma forse lo aggraverà ancora, perché andrà ad appesantire una via già molto transitata, vedi nel periodo dell'apertura delle scuole e lì vicino le abitazioni che ci sono ed altro. Inoltre quell'area che si dovrebbe espropriare e che l'Amministrazione Comunale dovrebbe acquisire quanto prima, è un'area dove sono state ipotizzate: la costruzione, come diceva già Melappioni, della casa di riposo, forse l'asilo nido, nuovi parcheggi, servizi ed accessori indispensabili alla struttura. Sul problema delle sale operatorie non mi soffermo perché è già stato esplicitato, anche se rappresenta proprio il fulcro dell'attività clinica è auspicabile che la realizzazione, l'attivazione ed i finanziamenti siano puntuali ed entro settembre avremo le sale operatorie. Non è stato...o mi è sfuggito, sulla procedura. A che punto è la procedura di vendita dell'ospedale di Viale della Vittoria, progetto di utilizzo dell'adiacente ospedale settecentesco. Un altro aspetto, forse già detto però lo ribadisco perché le esplicitazioni ci piacciono, per avere risposte ai tempi certi, sui lavori di revisione della struttura, quindi del primo lotto Carlo Urbani, quella già consegnata ed anche le procedure di collaudo. Ho letto che sono avviate e che saranno entro dicembre, quando ho scritto questi appunti non avevo ancora avuto la documentazione. Lo faccio ancora presente. Il piano di utilizzo del vecchio Murri ampiamente illustrato, detto, comunque rappresenta un elemento di forte preoccupazione perché, anche se ci sono i finanziamenti, il piano di riorganizzazione ancora forse deve essere definito, approvato, quindi si prevedono tempi lunghi quando inizierà la ristrutturazione? Tutto questo naturalmente, supposto quando i lavori saranno andati avanti e saranno almeno ultimati, dobbiamo anche prevedere le gare di appalto per l'arredamento del nuovo ospedale, quindi i tempi ed i costi. I tempi non sono brevi. Tutto questo perché le aspettative del territorio sono grandi, elevati, la motivazione del personale che la nostra direzione territoriale è riuscita a coinvolgere nel progetto è elevata, quindi quello che dobbiamo fare è di non spegnere questo entusiasmo e quindi, soprattutto, di non deluderla. La risposta concreta delle istituzioni non deve essere più quella delle argomentazioni ideologiche di adesioni anche convinte, ma a questo punto solo la precisa e puntuale definizione delle date di attuazione delle problematiche sopraccitate. Le problematiche sopra riassunte sono precise e si risolvono quindi con l'attuazione di delibere e decisioni concrete, quindi ribadisco non con discussioni programmatiche e generiche adesioni al progetto. La mia richiesta, non solo come rappresentante politico ma soprattutto di cittadina e dipendente di questa zona territoriale, coinvolta in modo convinto nel progetto, è quella di avere risposte certe ai cronoprogrammi con conseguente individuazione di responsabilità precise su ogni settore. Alla luce dei fatti mi viene un altro quesito da esprimere, i ritardi così evidenti sono legati a problemi di ordine tecnico o conseguenti a contrasti più o meno dichiarati tra i livelli istituzionali gerarchicamente più elevati? Il nodo più esplicito. Le risorse economiche. Per terminare il progetto ci sono davvero? Questa sera abbiamo sentito che ci sono, ma dal momento che ci sono, aggiungo: siamo sicuri o dobbiamo essere sicuri che tutti siano d'accordo nel volerle convogliare ed investire su Jesi. Auguriamoci che ciò si realizzi e che quindi a farne le spese di un eventuale non attuazione o che le cose non vanno in questo modo non sia la sanità della Vallesina e che il nuovo ospedale non sia destinato a diventare un'ennesima incompiuta, non in senso strutturale ma operativo. Se i tempi di attivazione si prolungheranno troppo negli anni, anche il nuovo progetto innovativo oggi che non diventi obsoleto come la struttura che l'Amministrazione Comunale ha voluto scegliere negli anni '90.

**MASSACCESI DANIELE - ALLEANZA NAZIONALE VERSO IL POPOLO DELLA LIBERTA':** Quattro osservazioni preliminari e poi alcune altre un po' più critiche. Le prime traggono spunto in qualche modo dal dibattito che c'è stato stasera, dagli interventi, cioè un'osservazione: qualcuno l'aveva detto, l'aveva proposto mi pare il Dr Mari, reperibilità dei vigili urbani, reperibilità notturna e festiva, serve per dare maggiori garanzie; tavolo per affrontare il problema del disagio psichico, esame di una fattibilità, di un miglioramento; potenziamento dell'Adi e poi quel Progetto Rosa, vedere se è fattibile, a quali condizioni, approfondirlo, studiarlo.

Credo che questa sera almeno su questi quattro elementi potremmo fare qualcosa di concreto e quindi a mio avviso potremmo anche sfruttare, il termine è brutto, A) l'esistenza della 2<sup>a</sup> commissione che già c'è ed ancora maggiormente, visto che è previsto nello statuto la nomina di un Consigliere delegato con la possibilità di occuparsi in modo specifico di queste osservazioni, di queste problematiche riferendo poi al Consiglio Comunale, io mi permetto di suggerire nella persona del presidente della 2<sup>a</sup> commissione la persona a cui affidare l'incarico specifico di approfondire questi quattro punti, queste quattro tematiche, ovviamente sempre che la persona poi eventualmente accetti. Criticità. Qualcuno parlava di velocità "dobbiamo andare molto veloci, veloci addirittura perché se non potremmo non esserci più i soldi", ma la velocità non è una caratteristica né di quest'Amministrazione né forse dei predecessori, forse del Dr Mingione, perché mi pare che siamo per festeggiare il trentennale più o meno di quel progetto che ha dato vita all'ospedale, meglio il progetto in base al quale è stato realizzato quell'ospedale. Ricordo a me stesso che c'erano state diverse polemiche, c'erano due progetti in realtà, uno quello che poi è passato, l'altro che ha avuto anche mi pare, dignità di pubblicazioni in qualche rivista specifica, che è stato lasciato nel dimenticatoio, è stato approvato quel progetto probabilmente già vecchio se non obsoleto, però circa una trentina di anni. I lavori ovviamente per non essere da meno, sono iniziati circa quindici anni fa, ma questo è un altro problema. Alcune osservazioni ad esempio in merito al discorso delle sale operatorie. Dobbiamo ringraziare la Banca Marche per il finanziamento dei 3 milioni di euro, perché probabilmente senza Banca Marche non dico non si sarebbero realizzate e non si realizzeranno, perché ancora credo non siano state realizzate le sale operatorie, ma questa realizzazione avrebbe avuto tempi più lunghi o dovrebbe avere tempi più lunghi per il discorso di gare di appalto ed altro che sarebbero sicuramente più lunghi se la gestione fosse affidata all'Asur. Domando a me stesso se però in fondo in fondo è proprio giusto che il finanziamento di un privato debba servire per qualcosa a cui dovrebbe provvedere qualcun altro, meglio il finanziamento poteva servire per altre cose, non per cose strutturali. Poi una curiosità, quando si dice per le sale operatorie ovviamente provvede la Banca Marche, ma mi domando nell'originario progetto le sale operatorie non c'erano? Beh se non c'erano credo che sia stato fatto un errore. Lei, Dr Mingione, sorride ma mi sembra una cosa quasi...uso il termine allucinante, nel nuovo ospedale non erano previste, nel progetto, le sale operatorie? Credo anche mi possa rispondere subito. Io lo dico col sorriso sulle labbra perché penso che non sia vero.

DR MINGIONE CIRO - DIRETTORE DI ZONA ASUR MARCHE 5: No, era previsto uno stralcio nel progetto originario e la motivazione era questa, siccome parliamo di strutture ad alta tecnologia la cosa ideale era stralciarle dal progetto originario, accantonare possibilmente o prevedere dei finanziamenti ed andare ad una gara solo per le sale operatorie all'ultimo momento, per avere il prodotto tecnologicamente più avanzato. Questa era la motivazione, per cui è stato stralciato il blocco operatorio e la sterilizzazione centralizzata. Di fatti oggi avremo quello che c'è di più moderno nel mondo delle sale operatorie, grazie alla fondazione. Sono d'accordo con lei. Meglio averla che non averla. Questa è la motivazione ufficiale nel progetto. Per questa motivazione qui, per un bisogno tecnologico, cioè averla al momento della conclusione dei lavori, un po' prima a partire con una nuova gara.

MASSACCESI DANIELE - ALLEANZA NAZIONALE VERSO IL POPOLO DELLA LIBERTA': Quindi immagino che con lo stesso criterio non dovrebbero essere mai comprati i computer, non dovrebbero essere mai comprate risonanze magnetiche, ecco perché mi pare ancora non è prevista dove verrà allocata la risonanza magnetica, cioè aspettiamo sempre, giusto. Siccome tutto è di rapida obsolescenza aspettiamo all'ultimo momento per poi farlo. È una soluzione però non mi sembra la soluzione ottimale e molto razionale. Comunque in questo mondo in cui tutto viene o rinviato o fatto dopo, un po' come l'esecuzione dell'ospedale, credo che ci sta questa

soluzione anche se lascia in qualche modo perplessi. Si parlava di ospedale modello, nuovo assetto organizzativo. Non abbiamo certezza neanche di quando verrà completato sia il primo che il secondo lotto, aldilà di quello che risulta nella slide, perché i tempi cambiano in continuazione e non sappiamo neanche quando sarà operativo questo ospedale modello. Fra l'altro un'osservazione ma questa è solo mia, non voglio coinvolgere gli altri componenti del gruppo in una mia osservazione, io sono molto banale, a me più che le cose straordinarie, uniche, eccezionali, mi interessano le cose normali purché funzionano. Io spero che, visto che il modello è il suo, spero, ne sono sicuro ovviamente, che saranno stati anche verificati i risultati di altri ospedali modelli credo analoghi, perché in qualche modo ci saranno dei padri di questo figlio che deve nascere, mi auguro, su questo le chiedo una domanda, se sono state fatte queste verificate e sono stati verificati i vari successi di queste esperienze precedenti, perché sennò la cosa dell'ospedale modello in qualche modo potrebbe lasciare qualche perplessità. Per quanto riguarda l'ospedale Murri è stato svuotato mi pare per essere ristrutturato, però se non sbaglio, ed anche dalla slide è stato confermato, non sono iniziati i lavori mi pare, anche se ci sono delle situazioni di fatiscenza, c'è pericolo in alcune parti della struttura, ci sono cose che non vanno, qualche animale che si introduce anche nella struttura, che comunque è una struttura ospedaliera ed appunto è su quello che tante volte io punto, piuttosto che guardare molto in alto, guardiamo in basso ma che venga fatto a misura di uomo, ma che venga fatto effettivamente. Alcune criticità ci sono, credo lei direttore lo sa meglio di me ovviamente, dell'ospedale Carlo Urbani che ancora non è stato trasferito integralmente, ci sono già da riadattare alcune parti della nuova struttura, lei lo sa, ovviamente, che in alcune zone piove quando ci sono delle piogge, chiedo scusa se forse banalizzo, perché il dr. Melappioni in effetti vi ho dato molto atto, è un discorso molto interessante. Io mi occupo più di piccole cose, appunto della pioggia che quando cade ci sono delle infiltrazioni, diciamo, notevoli in alcune parti dell'ospedale, lei lo sa perché c'è la carta, per esempio in molte stanze che si stacca. Non c'è una situazione in qualche modo dal punto di vista igienico ottimale, diciamo che in fondo ce lo diciamo non è proprio una struttura modello. Ci sono anche tante altre criticità, il pavimento in linoleum, i bagni era venuto fuori che sono all'esterno rispetto ad ogni camera, lei sa perché le sono arrivate in qualche modo delle interrogazioni c'è la criticità del servizio dialisi, c'è un sistema di aria condizionata che non funziona. Insomma le criticità sono tante per una struttura vecchia-nuova o nuova-vecchia sono tante le criticità, mi piacerebbe sapere come ha intenzione l'Amministrazione di intervenire, soprattutto una volta tanto se ci sono dei responsabili, se i responsabili sono o saranno individuati, se ci sono dei danni, chi ha pagato o chi pagherà, quale azione promuoverà l'ASUR.

Qualche domanda, i finanziamenti per il completamento dell'ospedale ci sono veramente, sono sicuri, perché lei prima ha manifestato qualche perplessità, nel senso siamo veloci perché altrimenti possiamo correre il rischio di perderli, come vigilare. Se sono però stanziati credo che difficilmente dovremmo correre questo rischio. Se il Comune è a conoscenza dell'atto deliberativo che specifica lo stanziamento dato dalla Regione Marche in aggiunta al finanziamento originario. Qualche domanda anche, la Fondazione Cassa di Risparmio non ha portato ancora a termine la consegna del complesso delle sale operatorie, doveva essere effettuato da mesi, perché questi ritardi nella slide ho visto adesso si parla di settembre 2009, ovviamente dipende dalla realizzazione delle sale operatorie, ma perché si è andato tanto in là rispetto anche alle ultime previsioni? Perché non viene effettuato, mi pare non sia stato fatto, il collaudo dell'ospedale che già dovrebbe essere pronto da qualche mese, ci sono problemi, ci sono problemi nella struttura? Una risposta credo che sarebbe auspicabile.

Poi alcune altre osservazioni per quanto riguarda anche la previsione mi pare di un parco per un percorso vita all'interno del Murri, mi pare anche su internet qualcosa dovrebbe essere andato. Anche questo è un progetto interessante, potrebbe servire credo soprattutto a livello di riabilitazione, però io con qualche sorriso ho anche sentito parlare, lei mi smentisca pure, credo di aver capito male, che sarebbe prevista anche la realizzazione di un campo da golf, credo che sia,

voglio dire, un sogno di mezza estate oppure è veramente previsto un campo da golf all'interno di questo ospedale modello, perché non sarebbe solo modello, ma sarebbe unico. Però le chiederei se fosse vero: siamo sicuri che serve un campo da golf all'interno di quell'ospedale, perché io credo che va bene raccontare amenità o proporre alcune cose, ma credo che il campo da golf qui, poi le chiedo magari cortesemente, dr. Mingioni in sede di risposta, se lo può drasticamente escludere perché credo che il sorriso va bene da parte mia, ma fino ad un certo punto. Io mi auguro che lei possa rispondere.

Un suo predecessore, il dottor o ingegner Foschi disse che doveva essere completato un solo ospedale, doveva esserci un solo ospedale, nel '99 disse che doveva essere fatto entro cinque anni, ora ne sono passati altri quattro, cinque, ma sono aumentati anche gli ospedali perché abbiamo vecchio Murri, nuovo Murri, Viale della Vittoria e Cingoli, ed anche a proposito di Viale della Vittoria praticamente non è stato menzionato nulla sull'alienazione del complesso e sull'utilizzo che verrebbe fatto in qualche modo delle somme che verrebbero ricavate. Poi non voglio deviare ulteriormente, ci sarebbero diversi altri aspetti da esaminare in questa sede, perché ovviamente non si tratta solo di domande o perplessità o curiosità o approfondimenti sull'aspetto ospedale, bisognerebbe anche parlare, appunto, del rapporto non bello, diciamo conflittuale che esiste e ci è stato detto anche questa sera tra la direzione ed il personale dipendente. Lei sa che non c'è grandissima soddisfazione neanche fra gli utenti, ogni tanto aldilà di quello che possono essere anche così i fatti quasi di costume, ma non sono solo di costume, vengono fuori anche episodi di chiare insoddisfazione e forse di un cattivo servizio che viene reso in qualche occasione. Anche su quello invece di parlare solo di un ideale ospedale modello vediamo come funziona quello che già c'è, che già sarebbe meglio farlo funzionare in modo migliore. Dovremmo parlare anche di case di riposo, ma ne abbiamo già parlato altre volte, dovremmo parlare anche di azienda consortile che non so se partirà più se parte quando partirà perché tanto ogni tanto veniamo qua in Consiglio Comunale e su i vari argomenti l'Amministrazione rinvia di mesi in mesi, vedremo se partirà anche questo, perché questo argomento credo che possa interessare. Io chiudo qui riportandomi all'inizio, io avevo sottolineato questi aspetti, spero, credo che qualcuno li voglia considerare per dare un senso pratico, perché il resto abbiamo parlato molto, chi meglio, chi in modo magari molto poco elevato, ma spero utile, come il sottoscritto. Diamo un senso all'incontro di questa sera, impegniamoci almeno su piccole cose che sono state richieste con i contributi delle persone che hanno parlato prima di me se possibile, appunto, responsabilizziamo qualcuno all'interno di questo Consiglio Comunale perché poi ci venga a riferire su questi argomenti e sulla fattibilità e sulla possibilità concreta di realizzare o di rendere possibile quello che ci è stato chiesto da cittadini o responsabili di associazioni benemerite.

FRATESI CLAUDIO – COMUNISTI ITALIANI: Io ritengo questi incontri, come questo di questa sera fondamentali perché noi parliamo qua della salute, del benessere e dovremmo essere capaci di essere sinergici perché altrimenti rischiamo veramente di banalizzare quelli che sono in realtà i problemi fondanti della democrazia, non esiste democrazia senza un piano serio, corretto sulla salute dei suoi cittadini. Voglio essere breve, non farò alcune domande, poi magari se avrete la cortesia di rispondermi mi farà molto piacere, se parliamo di promozione della salute dobbiamo anche parlare di educazione alla prevenzione, educazione alla salute con il dr. Comai abbiamo iniziato un percorso per quanto riguarda noi come Comune, noi come Commissione, abbiamo principalmente puntualizzato l'aspetto della sicurezza sul posto di lavoro, ma il discorso è molto più ampio ed ho visto anche dal documento che ha presentato il dr. Comai che lamenta una scarsità di personale, comunque il bisogno di strutturare questo personale all'interno del proprio servizio. Quindi chiedo quale sono le intenzioni dell'ASUR su questo. Poi vorrei chiedere al dr. Mari, sono rimasto colpito anch'io da quella curva che da una parte dà lustro al servizio, perché ha la capacità di dare risposta a mille e quattrocento persone che hanno bisogno, poi sappiamo di che tipo di

bisogno, è una cosa che dà senz'altro lustro al servizio. Prò vorrei sapere, siccome so che il responsabile poi di ogni piano terapeutico è un medico referente, vorrei sapere avete le strutture, avete il personale numericamente adeguato. Ogni medico quanti pazienti ha in carico? Poi le chiederei pure se ci sono quali sono le prospettive che lei individua, appunto, per migliorare ancora questo servizio, cioè qual è il bisogno, cosa si può fare sul territorio per essere ancora più efficaci visto che da 350, ho visto, pazienti in carico di quattro anni fa, cinque anni fa, siamo arrivati a 1400, questo sconcerta un po' anche perché o veramente la domanda è cresciuta tanto o qualcosa non mi è chiaro. Puntualizzo anch'io i quaranta posti letto lungo degenza che sono previsti per il Murri, non erano 120, avevo letto mi sembra 100 o 120 su altri documenti, chiedo: sono sufficienti oppure questo vuol dire che per Villa Serena quello che sta facendo adesso rimarrà strutturato nel tempo, perché io anche qui in Consiglio Comunale abbiamo dovuto presentare delle mozioni, non l'ho fatto io personalmente, ma questo non importa, so anche delle lamentele che sono state fatte riguardo ad alcuni servizi. Quindi in questo caso se si riterrà Villa Serena una struttura che rimane, appunto, importante sul discorso della lungo degenza chiedo di fare su questo controlli. Poi la RSA di Filottrano ho visto che è chiusa, non sapevo, per lavori di ristrutturazione. Rimarrà chiusa, è prevista una riapertura? E se in caso è prevista una riapertura come potrà essere sinergica con il territorio.

Chiedo sullo stesso discorso che aveva fatto Melappioni, non ho capito bene il dato del 25% dell'aumento annuo, ma questo probabilmente non l'ho capito bene io, cioè l'handicap sta crescendo li 25% annuo? Vorrei che fosse spiegato bene questo rapporto numerico. Poi cose un po' più terra terra come diceva Massaccesi, il discorso delle pulizie all'interno delle camere dell'ospedale è vero che sono destinati pochissimi minuti, ho sentito diverse lamentele, ho sentito questo anche nel nuovo ospedale, c'è idea di migliorare? Sul pronto soccorso ci sono situazioni di persone che aspettano sei ore, io ho visto l'altro ieri casualmente, un conoscente, sei ore di attesa. Allora è normale, è possibile fare qualcosa, è previsto in questo caso un cambiamento? E concludo con le liste di attesa che prima il dr. Migione ha posto come primo punto. Oltre a richiamare i medici ad una diciamo più corretta, se già non sia così, azione su questo, sono previste altre cose, perché ci sono tempi di attesa, adesso anche per dire esami che io non conosco che sono assolutamente troppo lunghi. Un'ultimissima cosa, la collaborazione con il volontariato, mi è capitato di vedere a me personalmente, ho sentito anche altre persone dirlo, ci sono settori del volontariato che non si sentono integrati in una maniera costruttiva. Io stesso ho assistito una volta al pronto soccorso ad una situazione sgradevole di una volontaria che probabilmente per un attimo era andata un po' in confusione, diciamo non trattata bene, per non dire peggio. Allora è possibile con il rispetto dei volontari che ovviamente che non può sostituire un operatore, ma il volontario è un valore aggiunto, è previsto anche su questo la possibilità di fare lavori più costruttivi?

**SARDELLA MARIO – MOVIMENTO DEI REPUBBLICANI EUROPEI:** Io sinceramente vorrei spostare leggermente l'approccio a questa riunione, a questo incontro. Non lo so se questa sequela di domande, queste richieste di informativa siano giusti, ma non perché non siano giusti nel senso reale perché ognuno ha diritto di conoscere, di sapere, ma questo consesso, cioè il Consiglio Comunale, a mio modo di vedere dovrebbe essere e dovrebbe dare un indirizzo politico per quanto riguarda il problema della sanità e quindi la politica dell'assistenza sul nostro territorio. Dico questo perché ritengo perché aldilà dell'informativa che c'è stata data questa sera, qui non tutti siamo addetti ai lavori come alcuni dei colleghi che hanno parlato e che magari possono avere delle cognizioni e delle conoscenze maggiori su questo settore, dovremmo poter dare il nostro contributo ed arrivare ad un primo sostegno laddove sia possibile o diniego, se questo è necessario, all'Assessore per quello che è il suo lavoro che sta facendo in questo settore, secondo al Sindaco nella sua presenza in seno alla conferenza dei Sindaci per quello che si tratta di portare avanti delle problematiche della sanità che abbiano un peso nella Regione. Perché sennò qui siamo

autoreferenziali, ci facciamo domande e risposte alcune delle quali poi saranno comunque risolte se ne parlerà in altra sede, che non è quella del Consiglio Comunale, allora mi domando se tutto questo discorso può essere utile. Noi stasera abbiamo assistito, per me questa sera è stata importante per acquisire cognizione, perché potrei fare anch'io dieci domande, venti domande al dr. Mingione, ma alla fine che cosa risolviamo per quanto riguarda il problema? Una risposta a queste nostre domande riesce a risolvere problemi o meno? Riusciamo a dare o ad essere, diciamo, incisivi per quanto riguarda soluzioni di determinati problemi o meno, oppure rimane tutto qui dentro avendo posto una domanda ed avuto magari una risposta? Allora io dico che la celebrazione di questo nostro Consiglio Comunale aperto sui problemi della sanità può essere stato importante nella misura in cui a questo Consiglio Comunale diamo un seguito in qualche maniera ed un seguito in qualche maniera può avvenire in questo senso: che la commissione che noi abbiamo può cominciare ad occuparsi dei problemi che questa sera sono stati sollevati, perché tutta per esempio la prima parte di questo nostro consesso, cioè quella relativa alla salute mentale, ha sollevato ed ha messo in evidenza dei problemi grandi che non credo che possono trovare soluzione in qualche, diciamo, formula con qualche dizione che noi possiamo formulare stasera, ma vanno valutati, approfonditi. D'altro canto quello che c'era stato fornito due giorni fa, io ho preso atto di determinate cose, ho letto alcune cose, ma naturalmente non posso da questo aver avuto la conoscenza.

Credo che sia proprio il Consiglio Comunale che dovrebbe fare delle cose. Io, tra l'altro, in questo documento mi permetto di dire, non so se i colleghi hanno avuto modo di vederlo, ho notato un'anomalia, non so chi l'ha stilata perché non c'è la firma, però tra i vari documenti del dr. Mingione, del dr. Comai, eccetera, poi c'è un foglio in cui dice: *alcune proposte operative per un'azione concreta del Consiglio Comunale nei confronti degli enti preposti in materia di prevenzione infortuni nei luoghi di lavoro e malattie professionali*. Chi è il padre di questa cosa? Se sono norme concrete, azioni concrete del Consiglio Comunale credo che dovrebbe scaturire da un confronto insieme al Consiglio Comunale. Io credo che un'azione concreta del Consiglio Comunale dovrebbe scaturire dal Consiglio Comunale. Comunque per quanto riguarda le cose operative io credo che prendendo atto da quanto questa sera c'è stato, diciamo, comunicato, da alcuni degli interventi che io ho apprezzato, anche se in certi passi ha fatto, ha posto dei problemi estremamente gravi, ma ho apprezzato molto l'intervento del Consigliere Melappioni. Quindi da quanto ci è stato esposto, dai contributi che sono venuti io credo che il Consiglio Comunale dovrebbe prendere da questo le mosse per cominciare ad operare in maniera concreta. Certo ci sono delle cose che mi sentirei da sottoscrivere fin da subito, anche le quattro proposte che aveva citato il collega Massaccesi, quindi il problema sollevato dal dr. Mari, quello dello Iom, della Rosa, eccetera, però tutte queste cose, aldilà delle mille domande che potrebbero sorgere dovrebbero essere inserite in un contesto più organico che faccia parte di un documento, un documento politico che abbia questo senso forza da sottoporre eventualmente all'assemblea dei Sindaci. Chiedo in questo senso che il presidente del Consiglio, nonché il presidente della seconda commissione, si facciano carico, scusatemi non vi voglio addossare ulteriore, però credo che questo sia un corretto passaggio istituzionale, di approfondire queste cose, perché no, anche attraverso la possibilità di constatare de visus certe cose. Io non credo che la commissione sia andata mai a visitare l'ospedale, né il vecchio né il nuovo, potrebbe essere questo un motivo per renderci conto con maggiore precisione dello stato dell'arte, di come vanno le cose e magari avere o poter fare degli interventi o dare un contributo maggiore con cognizione di causa, quindi credo che sia questo. Al termine di questo percorso partecipativo attraverso la commissione, credo che sia giusto che il Consiglio Comunale voti un documento politico.

LILLINI ALFIO – SINISTRA DEMOCRATICA PER IL SOCIALISMO: Aggiungerei alle ultime parole che ha detto chi mi ha preceduto anche una data, quindi aggiungerei 30 novembre, perché bisogna darle alcune scadenze. Io voglio fare una piccolissima premessa che è un dubbio che mi

aleggia debbo dire anche da alcuni anni, c'è la sensazione insomma che Jesi come territorio sia un po' presa in giro, utilizzo un termine forte, un po' dall'ASUR ed anche dalla Regione Marche, questo evidentemente a vantaggio di Ancona e Fabriano, i politici jesini, non mi ci metto anche io perché siamo localistici ovviamente, ma si è un po' abbindolati dalle promesse, rimaniamo tali. Ad esempio io ho assistito nella passata legislatura, credo anche in questa se non mi sbaglio, ma nella passata legislatura sicuramente, a Consigli Comunali aperti sulla sanità, era presente dall'Assessore al direttore generale e quant'altro. L'essere anche snobbati sicuramente della loro presenza, e mi auguro che siano stati invitati, sicuramente avvalora questo mio dubbio. Alcune riflessioni, cercherò di essere bravo ma non posso fare a meno, l'assistenza domiciliare integrata. Chi ne ha avuto bisogno a casa propria, con i genitori o quant'altro, ad esempio, il servizio dovrebbe essere garantito dalle 8.00 alle 20.00, da lunedì al sabato, in periferia è così, mentre a Jesi non è così, è una realtà più grande della zona territoriale, tale servizio è garantito solo il mattino, quindi è evidente il disagio che crea alla cittadinanza e che deve rivolgersi alle prestazioni private a pagamento per ottenere l'assistenza nelle ore pomeridiane o notturne. È necessario, quindi, attivarle da subito direttore, non aspettare dopo aver inaugurato l'ospedale Carlo Urbani, proveremo a fare questa. Questa è una sofferenza che già c'è. Le residenze sanitarie assistenziali della lungo degenza. Credo che meglio di me sicuramente l'ha già detto Melappioni quello che è anche il futuro delle aspettative di vita e quant'altro, quindi sulle problematiche degli anziani, che hanno condizioni generali critiche, che necessita di assistenza infermieristica, molto spesso non trovano collocazione presso la lungo degenza o la RSA, ovvero molto spesso continuano ad occupare posti letto in ospedale togliendoli ai malati gravi che hanno necessità di interventi urgenti. Questa situazione può essere riparata aumentando i posti letto nelle RSA e nella lungo degenza, in modo che i pazienti possono trovare accoglienza senza fare anche qui delle lunghe attese, perché è snervante, se hai un genitore, se hai un familiare che continua a rimanere in ospedale in attesa che oggi, questa sera, domani mattina, domani sera verrà o non verrà trasferito in una delle RSA come al sottoscritto è capitato. Peggio mi sento nelle riabilitazioni, dentro o fuori le strutture. La presa in carico del paziente cronico. Tema importante soprattutto per gli anziani che non possono essere dilagati a letto nella RSA o nella lungo degenza, aspettando l'ora del terapista, l'ora della riabilitazione. Tali anziani debbono essere seguiti continuamente con programmi riabilitativi che coprono l'intera giornata, dalla mattina alla sera, alzarsi dal letto, camminare, mangiare, tutto con una programmazione di assistenza individuale fatta dal personale di assistenza in collaborazione con il medico fisiatra che coinvolge gli infermieri, gli operatori sanitari terapisti della riabilitazione ed integrazione di tutta l'equipe. Il piano di assistenza individuale, il famoso PAI che abbiamo sentito tante volte parlare, che accompagna il paziente dall'ospedale al domicilio seguito, dal suo medico di famiglia, ma anche da un servizio infermieristico domiciliare che in altre regioni, faccio l'esempio del Piemonte, nel nostro caso viene anche chiamato infermiere di famiglia e che garantisce la presa in carico dei bisogni assistenziali del paziente anziano generalmente cronico e quindi da eseguire continuamente nel futuro. Ciò non va mai abbandonato a se stesso o alla sola famiglia, ma deve essere costantemente seguito e controllato, cosa che il medico di famiglia non riesce a fare da solo, anche perché a volte basta seguire la dieta del paziente, il suo stile di vita, l'attività fisica, cura parametri vitali, ad esempio la pressione arteriosa, lo stick glicemico e via dicendo. Sulle liste di attesa. Qui è vero che ci ha fatto vedere una slide dove, siccome qualcuno ha stabilito 60 giorni, 90 giorni, noi quasi quasi ci siamo dentro in tante, alcune le sfioriamo e via di seguito, ma che sono troppi i 60, sono troppi i 90, quindi non solo è difficile trovare un posto letto in ospedale, ma bisogna aspettare mesi anche per fare una visita, un intervento chirurgico. Diverso è se andiamo a pagamento, dove miracolosamente tutti i tempi si accorciano. Il servizio sanitario pubblico non dovrebbe permettere che ciò accada, la visita a pagamento dovrebbe essere un optional per coloro che vogliono scegliere il medico, non un obbligo per ricevere le prestazioni nei tempi dovuti. In questo caso occorre che i tempi di attesa siano i medesimi, sia per chi paga il ticket e sia per chi va a

pagamento. La lista dovrebbe essere cronologicamente unica e pubblica, con la differenza che in quella privata interviene il medico scelto, ma gli stessi tempi di attesa, non due corridoi separati, uno in discesa, quello a pagamento, ed uno stretto in salita, pieno di curve, quello pubblico. È una truffa ai danni del cittadino non permesso neanche dalle leggi, infatti la legge sulla libera professione non parla della riduzione della propria attesa, ma solo della scelta del professionista, in quanto le attese dovrebbero essere le stesse. Io in ospedale fortunatamente mi è capitato starci solo qualche giorno nella mia vita, però poi magari sconti questo con familiari, con persone care. La carenza di personale assistenziale è un qualcosa che...anche brutto il fatto, perché personale medico e paramedico tu li ringrazi quando vai via perché ti ha dato tutto. In loro serpeggia un malessere comune che basta vedere la bacheca delle organizzazioni sindacali, appena si entra, non che da domani c'è da toglierla quella, sia ben chiaro, però basta vedere quella per capire questo disagio e questa non umanizzazione all'interno degli operatori per i problemi delle ferie, per i problemi di un cambio turno, per i problemi dei riposi, questo inevitabilmente mette di cattivo umore. Ora è facile qui dirlo, ma se c'è da fare queste benedette quattro assunzioni, facciamole, ma facciamo sì anche che l'operatore possa vivere la sua vita al di fuori del lavoro, come l'abbiamo vissuta per dire tutti, in maniera tale che possa programarsi il suo giorno di ferie, il suo periodo che sicuramente quello c'è, il suo giorno di riposo che sia garantito, perché questo mette in forte disagio sotto l'aspetto dell'umanizzazione, cosa che sicuramente lui stesso non vorrebbe fare.

**PRESIDENTE DEL C.C. - CINGOLANI PAOLO:** Non ho prenotati altri interventi ma prima del Sindaco mi sento in dovere, in qualità di Consigliere, di fare qualche riflessione. Io ho ascoltato con molta attenzione l'intervento del Consigliere Melappioni che naturalmente più di tutti noi forse ha competenza anche per la sua esperienza passata di amministratore regionale, però non condivido una sua riflessione, la perdita di rappresentatività politica di questo territorio in campo socio sanitario. Io penso che la rappresentatività politica è diretta conseguenza della capacità progettuale, della capacità di elaborazione di questo territorio, non a caso l'intuizione, come è stata chiamata, della direzione Asl della zona 5 dell'ospedale modello, l'intuizione della politica locale di dare corso ad un'azienda consortile per i servizi sociali, ha trovato, almeno non solo a parole in qualche atto amministrativo, la sua rispondenza nella regione. La rappresentatività politica dal mio punto di vista è data dalla capacità di elaborare progetti e questo territorio ha una non diciamo buona, non diciamo ottima, ma sufficiente capacità di elaborazione progettuale. Condivido invece a pieno quella che è l'altra riflessione del Consigliere Melappioni, e me ne duole perché è rappresentata dalla stessa parte politica a cui appartengo, c'è uno stallo incredibile a livello regionale su tutte queste materie. Da un lato si enfatizza questo nuovo ospedale, vengono fatti gli atti amministrativi per poter avere i finanziamenti necessari ed è bene non piangere sempre che tutto va ad Ancona, tutto va a Fabriano, per il momento sono stati stanziati dei soldi per questo ospedale modello, però ci dice il Dr Mingione "attenzione, vigiliamo", anzi lui è stato anche più diretto durante la sua esposizione, speriamo che questi soldi non scompaiano. Quindi vuol dire che c'è una politica regionale forse che apprezza la nostra capacità progettuale, non può fare a meno, di fronte forse ad una povertà progettuale di altre zone territoriali, di darci niente fra gli atti amministrativi, ma noi dobbiamo addirittura vigilare perché questi soldi non scompaiano. Ma la stessa cosa vale per la storia dell'azienda consortile. Da cinque anni, sei anni questa è enfatizzata in tutta la regione però nel frattempo la politica regionale che cosa ha fatto? Ha fatto una legge per trasformare le IPAB in aziende, quando noi abbiamo sempre detto che le vecchie case di riposo, cioè le residenze protette, sono una struttura portante, fondante dei servizi socio sanitari per l'integrazione socio sanitaria, per cui ora quei Comuni che non avevano aderito all'azienda consortile, sono tre guarda caso hanno tre case di riposo, Cingoli, Filottrano e Cupramontana, possono trasformare le loro case di riposo in aziende. Se una scarsa capacità politica in questo territorio regionale c'è in questo momento, la si deve attribuire alla regione e non sicuramente alla rappresentanza politica di questo territorio.

Questo come riflessione di tipo generale. In più c'è anche da dire che forse le zone territoriali non hanno poi tutta quella capacità di manovra che potrebbero avere. Io non dimentico che tempo fa, un anno fa il nuovo direttore generale dell'Asur inviò una delibera in cui vietava, non so come si dice, al direttore generale di fare spese superiori ai € 25.000,00 se non erano ratificate dal direttore generale. È ancora così. Quale potere hanno, allora, le strutture locali di poter andare avanti? Ci sono dei vincoli forti nella politica regionale che bloccano forse, o frenano perlomeno, la capacità di operatività di questo territorio. Un'altra cosa fondamentale, io so che l'allora Assessore Melappioni molto si batté in questa direzione. Che ci azzecca, direbbe un noto politico nazionale, l'ospedale di Cingoli con una riorganizzazione sanitaria della nostra regione? Niente, niente! Una pastura politica data non so da chi e per chi, lo so bene da chi e per come. Non c'entra niente. Soldi buttati al vento senza certezze di servizi certi ai cittadini in materia di politica sanitaria. Questo tipo di scelte le fa la regione, non le facciamo noi ma ne subiamo le conseguenze in questo territorio. Bene, adesso la regione non può rispondere quindi non vado più avanti, risponderà nelle sedi opportune. Un'altra riflessione ha fatto il Consigliere Melappioni, sono state costituite le cabine di regia, io in quell'occasione scrissi che va bene, con una lettera pubblica, si facciano le cabine di regia, ma poi i registi incomincino a girare, perché altrimenti bisogna cambiare film e bisogna cambiare regia. Le cabine di regia ci sono ma ancora i film fanno fatica ad essere montati. Questa è la situazione di enpas, di stallo, in cui versa la politica regionale in materia di servizi socio sanitari. La situazione locale risente in modo più o meno pesante di questa situazione. Riguardo alle questioni che poi riguardano più da vicino la quotidianità, la ferialità dei cittadini della Vallesina, certo, io rimango molto sorpreso di quelli che sono stati gli indici forniti dal dipartimento di salute mentale. Dal 2004, ecc., al 2008 c'è stato un aumento di mille presa incarico, questo è preoccupante? Non lo so, metto un punto interrogativo, vuol dire che in questo nostro territorio c'è una situazione di disgregazione, di frammentazione sociale, perché non posso pensare che tra le varie radici del disagio mentale non ci possa essere una difficoltà di inclusione sociale, anche di soggetti che vivono una situazione di vulnerabilità che poi si trasforma in patologia. È possibile questo carico con lo stesso personale? Posso anche capire, e qui penso si è visto, si è sentito negli interventi delle associazioni, che nascano delle frizioni, d'accordo? Tra gli operatori della salute mentale, i familiari, frizioni che possono essere fisiologiche ma che comunque sono l'indicatore di qualcosa che dobbiamo approfondire, che dobbiamo studiare, che dobbiamo cercare di portare a soluzione. La questione delle liste di attesa non può essere assolutamente affrontata, "ma tanto è una questione che non si può risolvere", forse con sistemi organizzativi diversi lo si può mettere meglio a regime. La situazione dell'Adi, dell'assistenza domiciliare integrata, è una situazione annosa di questo territorio. Mi domando: perché qualche anno fa in un territorio, in un distretto della nostra ASL, l'assistenza domiciliare integrata veniva erogata per tempi più lunghi che non solo antimeridiano ed oggi questo non avviene? forse noi in questa direzione dobbiamo fare delle scelte, la politica deve orientare le scelte. Concludo dicendo che l'intervento del Consigliere Sardella mi trova completamente d'accordo, è auspicabile, oltre che necessario ed opportuno, che la giunta, l'intera Amministrazione Comunale possa arrivare quanto prima, dopo la raccolta delle istanze che sono venute in quest'aula consiliare, alla redazione di un documento che in qualche modo impegni la zona territoriale al raggiungimento, al perseguimento di determinati obiettivi, penso che questo sta nelle cose e quindi sono sicuro che il Sindaco si adopererà in questo e naturalmente non c'è bisogno neanche che lo dico, anche perché la commissione consiliare 2<sup>a</sup> ha già lavorato in questa direzione. Abbiamo in qualche modo individuato la paternità di questo documento iscritto all'interno del malloppo che c'è stato inviato dal Dr Mingione, quello è il lavoro che la commissione consiliare 2<sup>a</sup> sta costruendo insieme al dipartimento di prevenzione. L'invito, ma che non c'è bisogno, la commissione consiliare 2<sup>a</sup>, di moltiplicare, se necessario, le audizioni, di moltiplicare le occasioni di approfondimento delle questioni perché tutti i Consiglieri Comunali possono avere gli elementi tali per poter conoscere e poi dare il proprio indirizzo in aula consiliare.

SINDACO - BELCECCHI FABIANO: Io solo alcune rapide, brevi riflessioni, l'incontro di questa sera è anche l'oggetto delle discussioni. Intanto io raccolgo, anzi era mia intenzione proporre e dire che questo Consiglio Comunale che ha avuto l'occasione e l'opportunità oggi di discutere su questioni così importanti e rilevanti, non solo in termini generale ma anche entrando nel merito di una serie di punti, di questioni sicuramente importanti, ha la possibilità, questo credo, anzi è quello che faremo, credo che per il primo Consiglio Comunale di ottobre l'Amministrazione porterà un documento discusso, confrontato anche poi in seno alla commissione consiliare, un documento politico di indirizzo sulle diverse e varie questioni che sono emerse dalla discussione e che poi sarà anche un momento di partenza per il confronto con la stessa conferenza dei sindaci, che ritengo su questi temi debba essere chiamata ancora ad esprimersi. Io non riprendo alcune considerazioni e cose, che condivido, che ha detto il Presidente Cingolani nel suo intervento, sia rispetto alla situazione di rappresentatività o di peso politico. Ci tengo a dire una cosa, questo per qualche aspetto lo metto anche a vantaggio, a favore della stessa regione, fermo restando che condivido gran parte e molte delle questioni, degli appunti che alla capacità la politica regionale in questo senso sono stati mossi e che non riprendo ma che condivido. Il mio ragionamento è semplicemente questo, se su questo territorio, su questo nuovo ospedale ci sono concentrate le attenzioni relativamente ed agli investimenti che saranno da concretizzare, però penso che il primo passo fondamentale sia quello di fare gli atti che prefigurano ed individuano i finanziamenti, a questo punto ci si è arrivati, è evidente che abbiamo tutta la necessità di mettere la massima attenzione, il massimo impegno, perché quei numeri che sono scritti in quegli atti si concretizzano in euro veri e propri, quindi in risorse destinate a questo progetto, però vorrei dire che questo progetto che si cala in questo territorio credo che sia dovuto, diceva bene il Presidente, una capacità nostra di dimostrare con scelte anche coraggiose fatte in passato, non solo adesso, fatte anche diversi anni fa, di avere le carte in regola per poter supportare concretamente un percorso come quello che è stato prospettato. Questo senza o comunque non necessariamente per effetto di qualche santo in paradiso, per dircela in maniera schietta, cioè non per capacità o potenza di qualche appoggio politico. Questo lo dico e dico a vantaggio anche a favore della regione perché finalmente c'è una scelta che premia le capacità, le realtà dei territori e non avviene o esclusivamente secondo logiche di spartizione di poteri politici che comunque ci sono e comunque funzionano. Mi permetto di dare un giudizio positivo su questa cosa, poi ripeto che ci siano difficoltà, problemi ed anche scelte che a volte seguono canali che non sono quelli che probabilmente hanno seguito questa scelta e questa decisione, questo è indubbio, credo che questa cosa non avvenga solo nelle Marche perché c'è il Centrosinistra al potere, però sicuramente su questa questione va posta la nostra attenzione e va anche tradotta in una sollecitazione allo stesso governo regionale. Ora non faccio la battuta perché noi ce lo possiamo permettere, forse il Centrodestra un po' meno di fare le sollecitazioni a chi governa, senza che scoppino casi politici insomma. Era una battuta. Volevo semplicemente poi soffermarmi su un paio di punti che sono stati sollevati. Il problema della viabilità. Io credo che così come nei confronti della stessa regione ci siamo impegnati, noi, l'azienda, a portare avanti con le nostre forze, con tutto il nostro impegno questo progetto, mi sento di assicurare tutti che questo progetto non fallirà perché si inaugura l'ospedale e non c'è la strada. Comunque vorrei anche sottolineare che questo accesso non è l'unico previsto per il nuovo ospedale, perché c'è anche il collegamento ad ovest che prefigura, già inserito nel nuovo piano regolatore, la previsione di un ulteriore accesso all'ospedale, appunto da ovest, che si collega da una parte superiore, arriva dalla parte superiore al parcheggio dell'ospedale. Certo, questo è l'ingresso centrale, quello che porta in una logica di confronto positivo con i proprietari dell'area o attraverso la pratica dell'esproprio, il problema sarà risolto e sarà realizzato tenendo conto che già abbiamo accantonato le risorse necessarie per la realizzazione di questo intervento. Sulla questione che riguarda il Murri, io sono d'accordo, credo che dovremmo ragionare sulla necessità, il Murri in collegamento anche con la

nuova casa di riposo, con la nuova casa protetta, di spingere sul piede della residenzialità in quella struttura, di una residenzialità che possa dare risposta a quelle che sono le tendenze oramai inevitabili, fortunatamente per alcuni aspetti inevitabili, di una risposta alla popolazione anziana ed anche alla popolazione che ha necessità di residenza. Vorrei chiudere solo con un ulteriore elemento, intanto che per quanto riguarda la vendita del vecchio ospedale oramai siamo alle battute finali per la definizione che porteremo in Consiglio Comunale del piano di recupero previsto per la parte vecchia, per il Fate bene fratelli, poi una volta approvato il piano l'Asur a quel punto farà l'asta per il complessivo immobile dell'ospedale, quindi sia la parte nuova sul viale che quella sul corso, e poi per quanto riguarda il problema che sollevava Melappioni, del dopo di noi, so che c'è, anzi è già stato presentato in Comune un progetto da parte dell'associazione dell'ANFAS che aspetta semplicemente la variante urbanistica che non appena concluso l'iter del piano regolatore porteremo all'approvazione del Consiglio Comunale stesso, in modo tale da poter permettere la realizzazione di questa struttura e quindi di dare quantomeno una prima importante risposta a questo problema che è sicuramente delicato, importante ed anche molto sentito.

ASS. AGUZZI BRUNA: Una risposta velocissima. Penso che il Consigliere Massaccesi fosse distratto nell'ultima parte della mia introduzione, quando ho parlato dell'azienda, ho detto quello che manca adesso è il regolamento regionale, sia tranquillo che non stiamo con le mani in mano, per quello che ci compete a solleccitarlo. Non ci sono altri ostacoli interni, ci sono questioni legate al compimento di un percorso che è stato molto, molto difficoltoso per una serie di ragioni normative. Sul "dopo di noi" io mi auguro che, come diceva il Sindaco, il progetto presentato dall'ANFAS, che prevede proprio una costruzione a ridosso, dietro l'area del nuovo ospedale, possa addirittura, ai sensi di una normativa nazionale che va verificata in regione, fare a meno anche della variante urbanistica. Questo consentirebbe di accelerare ulteriormente i tempi.

DR MINGIONE CIRO - DIRETTORE DI ZONA ASUR MARCHE 5: Darò alcune risposte veloci ed una forse un po' meno veloce. I posti letti non sono 110, 110 sono solo l'alta intensità perché poi ci sono quelli del dipartimento di salute mentale, quelli del dipartimento di emergenza, quella del day hospital, quella dei disagi, quella del dipartimento materno infantile, non sono 110, tranquillizziamo un po' tutti. Per quanto riguarda l'avvio, che diceva la Pennoni, del vecchio Murri, stiamo aspettando la proposta che noi dovremmo avere dall'ufficio di presidenza che è ancora in progress, in itinere, basta pensare alle proposte che sono arrivate stasera qui dai Consiglieri, quindi non appena ci daranno la proposta definitiva in commissione, la portiamo all'Asur, da quel momento i finanziamenti ci sono e partirà tutto l'iter. Per quanto riguarda se abbiamo o no verificato con altri ospedali modelli noi siamo in un forum continuo con ospedali come i nostri, che si chiamano modelli, ospedali del futuro, ospedali del terzo millennio, tutti tentano di essere qualcosa di diverso dall'ospedale tradizionale, noi siamo in continuo contatto con loro, in alcuni ci siamo anche stati, abbiamo verificato la nostra proposta, è una proposta ritenuta adeguatamente interessante anche da queste altre realtà che già funzionano così, anche a livello europeo. Non piove più nel nuovo Murri, per fortuna c'è stato il nubifragio che ha danneggiato il Viale perché è vecchio sul nuovo Murri soltanto a livello della portineria, non capiamo perché, ma tutti gli altri posti dove prima pioveva non piove più grazie ai nostri interventi, per questo qualcuno pagherà, alla ditta gli è stato già contestato tutto questo, però per fortuna quello di sabato non ha arrecato nessun danno ed è stato un nubifragio notevole, quindi è stata una bella prova della capacità che ha avuto il nostro ufficio tecnico di fare queste cose. Il ricavato della vendita del Viale, come diceva il Sindaco, tutto ciò che non servirà per risanare l'anticipazione è stato promesso ufficialmente dal direttore generale che sarà utilizzato da questa zona e saranno quelli che probabilmente ci serviranno per completare l'intera opera anche sull'Augusto Murri. Vigiliamo anche su quello. La risposta un po' più lunga è quella che voglio dare a Ragaini e ad Augusto Melappioni con tanto affetto perché è da sempre che

io lavoro con loro. quando sono arrivato qua, quattro anni e mezzo quasi fa, mi ricordo i primi Consigli Comunali dove la preoccupazione di tutti noi era quella di rischiare di non avere più l'ospedale, era quello di avere un ospedale magari senza risorse, che non ce la facevamo a finirlo, era quello di avere un trasferimento di un ospedale dal Viale ad un'altra parte, che non serviva a niente, era quello di preoccuparci che la regione ci avesse abbandonato perché avrebbe scelto altre realtà, che noi davamo fastidio ad Ancona. Oggi io sono contento di constatare che tutte queste preoccupazioni non ci sono più, che oggi parliamo di un progetto condiviso che ha entusiasmato tutti e che oggi finalmente ci possiamo preoccupare dopo quattro anni del futuro per i bisogni di questo territorio, che sono quelli che diceva Augusto, che sono quelli che diceva Ragaini, ma prima di adesso dovevamo preoccuparci di portare a casa 23 milioni di euro che non stava scritto da nessuna parte, per finire queste strutture. Questo era il mandato dato da questo Consiglio Comunale e dalla conferenza dei sindaci, di dare un'identità a questa nuova struttura che è stata fatta coi soldi dei contribuenti, che è stata fatta con 45 milioni di euro e non poteva essere un tredicesimo ospedale di rete, questa era la verità e questa era la paura che avevamo tutti e queste erano le preoccupazioni che aveva la regione che oggi non ha più, perché noi, è vero Augusto, in questa regione non si pensa più, in questa regione siamo tutti collassati, ma noi di questo territorio viviamo, esistiamo e siamo quelli che progettiamo. Questo ci deve rendere felici rispetto ad una regione immobile. Grazie a questo ci possiamo preoccupare di quello che dici tu. Io sono convinto che il futuro d'ora in poi sarà quello che dite voi, sarà preoccuparci dell'Adi, sarà preoccuparci delle residenzialità e sono disponibile a discutere. Figuriamoci, ho detto che la proposta del nuovo Murri, quella è l'idea che ho io, è l'idea che in qualche modo mi rende tranquillo come tred union tra un ospedale che è modello come organizzazione un territorio che ha bisogno invece di modernità, ecco quello mi tranquillizza perché la mia idea di modello è un modello complessivo di sanità, non solo dell'ospedale ma anche del territorio, però ne possiamo discutere sul fatto della residenzialità. Siate certi che d'ora in poi qualunque passo faremo l'ospedale modello ci condiziona, perché ci condiziona tutto quello che abbiamo fatto fino ad oggi, ci condiziona nelle nostre scelte essere riusciti a dire di essere diversi e propositivi rispetto a questa regione. Questo ci tranquillizzerà sull'Adi come lo dovremo fare, perché oggi lo faremo meglio di due anni fa, perché oggi sappiamo come farlo perché sappiamo che lo dobbiamo fare con le reti, perché lo sappiamo che lo dobbiamo fare in base alla programmazione che noi stiamo facendo sperimentalmente con i piani comunitari per la salute che ci dirà dove e come andare, tant'è vero che la proposta che attueremo subito sarà quella di andare su alcune patologie che noi rileviamo dal primo profilo di salute che verrà presentato qui alla conferenza dei sindaci. Abbiamo strumenti sui quali abbiamo lavorato in questi anni, che vengono da questa nostra idea modello che oggi ci permetteranno di essere molto più concrete ed appropriate anche su questi futuri bisogni che sono quelli che voi dite, che diversamente tre anni fa e due anni fa non potevamo avere la stessa capacità, la stessa appropriatezza, ecco perché io sono contento, felice stasera di aver constatato che finalmente non parliamo più dell'ospedale di Jesi, non parliamo più del vecchio Murri, non parliamo più della struttura che non viene finanziata dalla regione, ma parliamo dello sviluppo futuro di una sanità del territorio che va incontro ai nuovi bisogni. Su questo tu trovi una strada spianata, io sono proprio contento di questo.

**DR MARI MASSIMO - DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE ZONA 5 DI JESI E VALLESINA:** Vi rubo qualche minuto ma la provocazione e la suggestione è assolutamente necessaria. Dunque, aumento di carichi di lavoro. Appena arrivato abbiamo fatto due anni di formazioni delle tecniche gruppali, Jesi è stato rimproverato come il dipartimento di salute mentale che più di altri investiva sulla formazione, quindi siamo formati, abbiamo oltre 40 coordinatori di gruppo efficaci, 70/80 sono stati quelli formati. Abbiamo una formazione alla multifamiliarità nella presa incarico istituzionale multifamiliare. Le psicoterapie sono a volte legate a percorsi di strutturazione istituzionale. Perché è aumentata tanto la casistica della presa in carico? La nostra

attenzione è ovviamente prima di tutto, Dr Melappioni, alla presa in carico preventiva e precoce del paziente, quindi una prevenzione di natura secondaria. Abbiamo fatto un'unità operativa legata esclusivamente alla promozione della salute mentale, quindi il lavoro con le scuole e con altre istituzioni di questa natura. Ancora la lotta allo stigma, tutto il ciclo malati di mente premiato mille e mille volte, in cui noi altri siamo ancora presenti, ha fatto sì che in qualche maniera rivolgersi allo psichiatra sia meno vergognoso rispetto a prima, quindi la gente ci si rivolge, ma soprattutto il lavoro con i medici in medicina generale. Ogni psichiatra del territorio ha un numero costante di medici di medicina generale per cui lui è consulente, ha otto/dieci medici di medicina generale per cui lui diventa consulente. Allora che succede? Noi non prendiamo in carico per residenza territoriale, "abiti in via tal dei tali ed allora vai da quello", ma per medico di medicina generale. Buona parte del nostro lavoro è spesso consulenza al medico di medicina generale che poi porta avanti il progetto terapeutico congiuntamente con il suo consulente. Sinceramente abbiamo l'ambizione di averlo appena portato nella cabina di regia ed anche all'Asur ed è da quello che si discuterà chi si discosta e chi no, l'abbiamo portato noi e non l'ho fatto io ma i miei operatori, quindi lo schema di riferimento operativo trascende il direttore del dipartimento ma è totalmente in mano all'equipe stessa. Certo l'assunzione di qualche operatore in più, ora il direttore generale non c'è, non ci dispiacerebbe, ma in una qualche maniera riusciamo a combattere, lo vedete dai ricoveri che sono rimasti costanti. La patologia grave è rimasta costante, così anche i ricoveri ripetuti, non sono aumentati, non è aumentato il fenomeno cosiddetto della porta girevole, mi spiego? Quindi nella risposta ai cosiddetti pazienti complessi, che sono circa sui 1.240 dai 250 ai 300, noi teniamo un tasso costante sostanzialmente, è la prevenzione che noi facciamo con il lavoro, con le famiglie, con il medico di medicina generale nella presa in carico anche dei disturbi che non sono così gravi, che è aumentata. Certo che è un bisogno che va soddisfatto ancora un pochino di più, perché il tasso di salute mentale è al 2% e noi siamo all'1,4, siamo i più alti in regione però siamo ancora all'1,4 e dovremmo ancora prendere qualche cosina in più per essere efficaci. L'anoressia. C'è un centro regionale, non funziona tanto bene, in Ancona, la cabina di regia su questo tipo di cose pensa a strutture in area vasta, l'anoressia mentale. Chiaramente questa non è una prevenzione, però mi si insegnerà che quando si fa prevenzione in salute mentale non è che si fa per l'anoressia, per le tossicodipendenze, per le schizofrenie, è un po' intorno alla promozione della salute mentale, questa è la vera prevenzione. Aumento delle domiciliari. Forse non ci credete ai dati che ho dato ma mi sembrava di essere stato chiaro, che le domiciliari, la on visiting se si preferisce, è quella che ho detto precedentemente. La presa in carico, l'apertura di cartelle credo di aver spiegato che le apriamo, le chiudiamo, le mettiamo in archivio, le riapriamo quando serve, le cartelle. Villa Iolanda ed i controlli. Noi a Villa Iolanda effettuiamo controlli settimanali e quindicinali; Villa Iolanda è una struttura che adesso ricovera esclusivamente, e questo ci teniamo a dirlo, non più per mandato del medico di medicina generale ma in concordia con il dipartimento di salute mentale, cioè noi siamo l'inviante del 95% dei ricoveri, comunque un ricovero, bene o male fatto che sia, rientra in un progetto terapeutico, dobbiamo migliorare. C'è un progetto fermo in regione per aprire quattro sezioni di Villa Iolanda diversificate per disturbi diversi, ma purtroppo è fermo lì, da quattro anni l'abbiamo fatto io ed il Dr Rocchetti con il Dr Leoni ma non è stato né rifiutato e né promosso. Rischio suicidiario in reparto. È ovvio che i pazienti che sono ricoverati in reparto hanno un altissimo rischio suicidiario, sennò non li ricoveravamo. Episodi seri si verificano in continuazione, non è un fatto politico, è un fatto problematico. Noi non ricoveriamo nessuno che stia bene. Non vorrei neanche scherzare su questo tema. La lista di attesa di un ambulatorio privato è molto più lunga della lista di attesa del servizio pubblico, nel senso che noi abbiamo uno psichiatra di guardia aperto alla ricezione H12, di notte ce n'è uno di urgenza chiamato solo per urgenze molto grandi, però H12 c'è uno psichiatra di guardia e non ha lista di attesa, l'accesso è diretto, è totalmente gratuito.

PRESIDENTE DEL C.C. - CINGOLANI PAOLO: Diciamo che i lavori del Consiglio Comunale si concludono in questo modo. Io mi dovevo scusare con il sig. Tiberi che ho sempre chiamato Santoni, perché ero convinto..., invece il rappresentante della Onlus, Tutela di Malattia Salute Mentale, è Tiberi e non Santoni. Ci vediamo come Consiglio Comunale lunedì 29 settembre alle ore 14.30.