

*(I lavori iniziano alle ore 09.43 con l'esame del punto all'o.d.g. inerente a
"Svolgimento interrogazioni e interpellanze")*

OMISSIS

Interrogazione a risposta indifferibile e urgente n. 207 presentata dai Consiglieri Bono, Bertola e Mighetti, inerente a "Carenza medici di continuità assistenziale (ex Guardia Medica)"

PRESIDENTE

Passiamo all'esame dell'interrogazione a risposta indifferibile e urgente n. 207.
La parola al Consigliere Bono per l'illustrazione.

BONO Davide

Grazie, Presidente.

Ringrazio la disponibilità dell'Assessore Saitta a rispondere su un tema che riteniamo molto importante. Abbiamo cercato di sollecitarlo anche a livello di Commissione, per quanto riguarda una possibile soluzione all'emergenza dei pronto soccorso, quindi alla situazione di afflusso superiore alle disponibilità di smaltimento durante il periodo invernale e soprattutto durante i picchi influenzali, tramite il servizio della cosiddetta "continuità assistenziale", la ex guardia medica.

Esiste un accordo collettivo nazionale con i medici di medicina generale, recepito nel 2008 con una DGR, e un accordo integrativo regionale, che prevedono proprio il servizio della continuità assistenziale. All'interno di quest'accordo integrativo viene dato un rapporto ottimale di uno a 5.000 (parlo ovviamente di cittadini) e, quindi, in un distretto di 25 mila abitanti ci dovrebbero essere cinque medici di continuità assistenziale, con un incarico a 24 ore a settimana. Ricordo, ovviamente, che i medici di continuità assistenziale coprono i turni notturni, i turni festivi e prefestivi, quindi sabato e domenica (il sabato dalle 10 del mattino, in quanto dalle 8 alle 10 c'è la reperibilità dei medici del servizio di medicina generale).

L'accordo integrativo prevede anche una deroga fino al 30% in base al territorio, quindi da un range da uno a 3.500 o da uno a 6.500. Tuttavia, anche in base a quello che abbiamo ottenuto dai dati ufficiali, i rapporti variano molto. Diverse aree sono nel range, ma c'è una particolarità che riguarda la Città di Torino: l'ASL TO1 e TO2 avrebbero un rapporto molto più alto, quindi con meno medici del range richiesto dall'accordo integrativo.

In particolar modo, il servizio di continuità assistenziale è gestito e pagato unicamente non dall'ASL TO2 ma dall'ASL TO1, che stanZIA, in base all'ultimo dato economico del 2012, due milioni e 800 mila euro, con una spesa media di tre euro a cittadino, contro una media regionale di otto euro a cittadino.

Lo sappiamo che non è questo il momento per spendere di più, ma chiediamo all'Assessore regionale se non sia il caso di uniformare il parametro della Città di Torino all'accordo integrativo, per garantire più medici sul territorio che possono andare a fare visite domiciliari, quindi mantenere il paziente a domicilio senza farlo andare, autonomamente o con il servizio del 118, in pronto soccorso (ovviamente per casi che sono risolvibili a domicilio tramite il medico della continuità assistenziale).

La seconda questione molto importante riguarda l'apertura di ambulatori festivi e notturni. Ci sono già sperimentazioni a Torino di due ambulatori aperti durante gli orari festivi, pre-festivi e di notte, ma non sono sufficienti se parliamo di un bacino di 800 mila abitanti. Se ce ne fossero di più (e anche se fosse più conosciuto il servizio, essendoci anche un problema di conoscenza del numero telefonico per chiamare questo servizio), si potrebbero smaltire molte visite, evitando l'accesso al pronto soccorso in proprio. Sicuramente si allevierebbero i pronto soccorso, risparmiando alla fine risorse (anche quel poco che potrebbe essere allocato in più).

Grazie.

PRESIDENTE

La parola all'Assessore Saitta per la risposta.

SAITTA Antonio, *Assessore alla sanità*

I colleghi hanno sollevato un tema di grande importanza che dobbiamo velocemente affrontare. Provo a sintetizzarlo.

Concordo sul contenuto e sulle indicazioni date dal collega Bono.

Il tema generale che c'è nel nostro sistema sanitario è che i cittadini hanno un'opinione, riferita al pronto soccorso, di questo tipo: gli ospedali sono autorevoli e l'assistenza territoriale non ha questa autorevolezza; per cui, quando c'è qualche problema, soprattutto di emergenza, si va al pronto soccorso.

Al di là del numero dei medici a disposizione, c'è questo dato, che è un dato vero, a volte per conoscenza ma, complessivamente, questa autorevolezza non c'è e, fino a quando non la si recupera, diventa difficile affrontare le questioni prima richiamate.

Fermo restando che c'è questa disomogeneità, il rapporto TO1-TO2 deriva da un'intesa fatta dalle Aziende. Posso dire che, al di là del numero, che può essere aumentato (anche se mi dicono che non sempre è facile trovare medici disponibili per questo lavoro, lavoro anche ingrato per alcuni aspetti, ma che si cercherà di risolvere), abbiamo di fronte alcune scadenze: innanzitutto l'accordo nazionale con i medici di base - abbiamo iniziato la discussione tra Assessorati alla sanità del nostro Paese - e poi l'accordo integrativo regionale.

L'accordo integrativo regionale sarà l'occasione per individuare le indicazioni che la Regione intende dare per rafforzare l'assistenza territoriale.

Per quanto riguarda questo tema, come Giunta, in questa fase abbiamo iniziato una riflessione sull'assistenza territoriale (venerdì abbiamo fatto un incontro che ha riguardato anche i medici di base che hanno sollevato questo problema). L'idea che abbiamo, in termini temporali, è di presentare in Commissione, o decideranno i Capigruppo qual è la sede più opportuna, un'ipotesi per cercare di modificare questo sistema che, obiettivamente, ha grandi problemi, per arrivare - così abbiamo indicato nella delibera di integrazione della rete ospedaliera - ad un Piano sull'assistenza territoriale da approvare entro il mese di giugno. Tuttavia, questo lavoro lo vogliamo anticipare al massimo, perché avere un piano complessivo dell'assistenza territoriale, che riguarda anche i medici di base e l'ex guardia medica, diventa elemento importante anche per la sottoscrizione dell'accordo integrativo, che deve fare riferimento ad un quadro di carattere generale.

Nel condividere questa sollecitazione da parte del collega Bono, credo che prossimamente - personalmente, spero alla fine di questo mese o ai primi di marzo - avremo un primo documento generale sull'assistenza territoriale da completare, da riempire e da verificare ancora con incontri con i medici di base, per avere qualche certezza. E' chiaro che il tema

dell'assistenza territoriale, in modo particolare della guardia medica, è perfettamente collegato anche ai luoghi fisici dove quest'attività viene esercitata.

Per questo, dall'esperienza che c'è stata illustrata recentissimamente in Toscana e in Emilia, ma anche in Lombardia, la soluzione ottimale è quella di una collocazione anche fisica della guardia medica, ma anche per alcuni medici di base, all'interno di strutture dove c'è anche un rapporto di continuità con le Aziende Sanitarie Locali (penso agli infermieri), perché il tema vero è questo, cioè una risposta reale a chi ha un problema, altrimenti si ricorre al pronto soccorso.

Condivido totalmente le osservazioni svolte e dico ai Consiglieri che presenteremo, quanto prima, una proposta che poi dovrà essere costruita ed implementata, tenendo conto anche della varietà del nostro territorio. Ci sono situazioni diverse, misurabili anche dal numero di accessi al pronto soccorso: è chiaro che a Torino vi è una situazione e a Cuneo un'altra. Cambia completamente, quindi c'è un problema anche di una definizione e di un modello non unico, per quanto riguarda questo tema, che deve essere diversificato.

Personalmente, credo che possano essere descritti almeno due o tre modelli, e poi valutarne l'adattabilità sul nostro territorio, tenendo conto che abbiamo anche altre questioni: i CAP, che sono stati creati (cosa sono e cosa devono essere); l'assistenza territoriale; il medico della guardia medica, eccetera.

Sempre in linea generale, noi dobbiamo uscire da un modello che è quello di considerare che l'assistenza territoriale, in termini più generali, avvenga in modo più residuale, cercando una soluzione alle sedi ospedaliere declassate.

Il tema è molto più completo. Per questo, un'idea di carattere generale, un primo documento di carattere generale ci può orientare per un lavoro successivo che dovremo fare, applicandolo alle singole realtà.

OMISSIS

(Alle ore 10.22 il Presidente dichiara esaurita la trattazione del punto all'o.d.g. inerente a "Svolgimento interrogazioni e interpellanze")

(La seduta ha inizio alle ore 10.23)