

# **1° Congresso Interregionale Nord Italia**

Bologna, 10 novembre 2007

## **Relazione SNAMI Piemonte**

*Dott. Rossi Cesare, Addetto Stampa SNAMI Piemonte*

Ringraziamenti e Saluti da parte del Presidente Regionale e dell'Esecutivo e Consiglio Regionale del Piemonte.

La Regione Piemonte è stata una delle prime regioni d'Italia a firmare l'Accordo Integrativo Regionale nella primavera del 2006.

Le rappresentanze sindacali firmatarie hanno provveduto nella stipula degli accordi a riaffermare l'esclusione di OO.SS. che non avessero firmato l'ACN 2005 dalla firma dell'accordo regionale, dalla partecipazione ai tavoli regionali ed a cascata dal tavolo del Comitato Aziendale e dalle trattative locali. In ambito regionale vi sono, a livello locale situazioni differenti a macchia di leopardo in ragione della diversa forza numerica espressa nelle ASL, con partecipazione in qualità di uditori laddove la consistenza numerica non è elevata fino alla partecipazione a pieno titolo ove la quasi maggior parte dei medici risulti iscritta negli elenchi SNAMI.

Sostanzialmente, all'autunno 2007, i documenti cui far riferimento per descrivere la situazione attuale della Medicina Generale e tentare di tracciare linee di previsione per un futuro prossimo sono appunto l'Accordo Integrativo Regionale Medicina Generale ed il piano Socio Sanitario 2007-2010 che la Giunta Regionale ha definitivamente varato in tempi recenti.

L'AIR non si discosta sostanzialmente dall'ACN nelle proprie linee, richiamando l'attenzione alla necessità di una risposta da parte dei MMG sull'intero arco della giornata, lo sviluppo delle medicine in associazione complessa, l'implementazione dell'informatizzazione con il richiamo a collegamenti in rete con le ASL, la capillarità della presenza della rete di ambulatori MMG anche nelle piccole borgate e frazioni, la contattabilità del medico di famiglia.

Una attenzione particolare viene riservata alle Equipes territoriali, attive da anni in Piemonte, con l'indicazione a forme di lavoro e sviluppo di analisi di situazioni e progetti di lavoro volte a migliorare le forme di assistenza, l'uso appropriato delle risorse, la formulazione di linee guida per

affrontare le patologie maggiormente frequenti nell'area della assistenza primaria,

Non manca un apposito articolo che tratta dell'area del Budget con l'esplicazione del Budget di Distretto ed infine la formazione dei MMG con tematiche che includono l'organizzazione del lavoro e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

Il penultimo articolo prevede un tavolo permanente di confronto, monitoraggio e valutazione articolato su quattro settori: obiettivi della negoziazione regionale, appropriatezza prescrittivi e burocratica, cure domiciliari, liste d'attesa.

Molte enunciazioni di principio, ma successivi sviluppi di contrattazione non se ne sono visti: molto fumo e poco arrosto per ambo le parti firmatarie, tolte iniziative a livello locale con forme di sperimentazione in équipes o distretti.

La stessa FIMMG ha difficoltà nel procedere a discussioni per la riluttanza della controparte Regionale.

Il Piano "Socio Sanitario" Regionale 2007-2010 come appare dalla dicitura, pone in grande risalto l'assoluta necessità che la salute intesa come " non semplicemente assenza di malattia o di infermità , ma stato di completo benessere fisico mentale e sociale, configuratesi socialmente e politicamente come bene comune e diritto umano inalienabile" è argomento che prevede inscindibili aspetti sanitari e sociali. Il Piano sviluppa quindi le proprie linee in paralleli Socio-Sanitari ribadendo in seconda pagina la definizione della medicina come sottoinsieme della sanità, sottoinsieme del sistema omnicomprensivo della salute.

Principi ispiratori appaiono la centralità della salute, la prevenzione, la centralità del cittadino, l'importanza dell'informazione, l'integrazione funzionale, intersettoriale ed interistituzionale, sobrietà ed austerità.

Ne discendono lo sviluppo dell'assistenza extraospedaliera e delle cure primarie, l'organizzazione della rete ospedaliera, attenzione agli aspetti organizzativi e formativi e partecipativi degli operatori.

Costi. Al 2005 la produzione diretta di servizi in Piemonte incide per il 60% (personale, beni e servizi), per il 6% per la medicina di base, il 10 % per la farmaceutica ed altro per il restante 24%. A quanto riportato la giunta regionale attuale si è ritrovata con un deficit iniziale di 1000 milioni di € riuscita a ridurre a 180 milioni di € fino ad arrivare al corrente anno in cui è previsto un equilibrio di bilancio. Occorre rilevare che in una nota

al documento viene riconosciuto che il disavanzo è stato creato maggiormente dalla assistenza ospedaliera.

Pare in fase finale la riorganizzazione degli ospedali sul territorio fra tagli, chiusure, costruzione di nuovi ospedali dislocati più opportunamente e con rete di servizi ospedalieri maggiormente equilibrata e rapportata ai bisogni della popolazione.

Liberi da queste incombenze gli amministratori prefigurano una ulteriore deospedalizzazione in favore delle reti regionali ( più in specifico oncologica, trapianti, emergenza), un implemento delle attività rivolte alla prevenzione e dei servizi autonomi consultoriali e dei servizi di igiene mentale, un maggiore interesse in ambito territoriale alla patologia cardiovascolare, alle complicanze del diabete e prevenzione degli incidenti oltre ad attività di informazione nelle scuole e comunità.

La federalizzazione ha spinto le amministrazioni ad attivarsi in loco per il conseguimento dei LEA e dell'equilibrio finanziario aziendalizzandosi in modo simile alle imprese private operanti nel settore con risultati al momento non ancora paragonabili.

Per quanto riguarda la Medicina Generale sono previste Commissioni territoriali per il governo clinico ( cui dovrebbero affiancarsi analoghe commissioni con supervisione sul versante ospedaliero, ulteriori spinte alla responsabilizzazione dei medici prescrittori riguardo alla appropriatezza, Commissioni sulla politica del farmaco per elaborare proposte di linee guida per i medici prescrittori, assunzione regionalizzata della ECM per definire programmi di informazione ed aggiornamenti ai temi in questione e per tutte le categorie interessate a rinnovi contrattuali in ambito regionale la finalizzazione al miglioramento del perseguimento degli obiettivi regionali.

Più volte nel documento viene ribadita la integrazione dei sistemi sociali i sanitari con definizioni delle situazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali a rilevanza sanitaria (non facili da capire nelle sfumature), citando in special modo le Case della Salute sito di eccellenza dell'integrazione sociale e sanitarie in cui le due componenti e gli operatori lavorano fianco a fianco in ambienti comunicanti, prevedendo naturalmente che i MMG mantengano la rete degli ambulatori come detto adatta a servire le borgate e frazioni sparse.

Al MMG viene inoltre ribadito l'incarico di cura nel post acuzie, nella assistenza a domicilio, nella ospedalizzazione domiciliare, nella residenzialità protetta, nei gruppi di cure Primarie per anziani e disabili.

In particolare riguardo agli anziani, prospettati come fonte di criticità per la gestione del panorama di salute non lontano nel futuro viene proposto maggior impegno al MMG.

Nei GCP, nelle Case della Salute non viene indicato quale sia la funzione del MMG ed in quali ambiti si debba muovere, ma soprattutto non è specificato quale sia l'autonomia goduta dal MMG, mentre è chiaramente specificato che GCP e Case della Salute non sono nuove forme di aggregazione per i MMG: operatori isolati, slegati fra di loro frammisti ad infermieri, riabilitatori, assistenti sociali, personale dell'Emergenza e continuità assistenziale?

I piani di zona Socio Sanitari dal 2004 prevedono l'integrazione dei servizi, la fusione delle funzioni o comunque una stretta collaborazione, la possibile sovrapposizione territoriale degli ambiti degli Enti Promotori con i Distretti ed una corresponsabilità di gestione dei direttori dei Servizi e dei distretti Sanitari. Poche idee che per il MMG appaiono ben confuse..... ma il piano socio sanitario porta lo stimolo alla creazione a scopo sperimentale di almeno 2 - 3 Case della Salute per ogni ASL.

Tale la situazione Piemontese.

SNAMI Piemonte sta organizzando un incontro previsto all'inizio del mese di dicembre per dibattere sulle tematiche attuali per approfondirle e prepararsi al meglio ad una futura trattativa regionale sperando che la firma del contratto ponte a livello nazionale possa riaprire l'accesso ai tavoli di trattativa in sede regionale e locale.

Grazie per l'attenzione