

**PRESIDENZA DEL  
VICEPRESIDENTE RAVETTI**

\*\*\*\*\*

**Interrogazione a risposta immediata n. 527 presentata da Marro, inerente a  
"Assenza mediche e medici di base nelle aree montane"**

**PRESIDENTE**

Proseguiamo i lavori esaminando l'interrogazione a risposta immediata n. 527.  
La parola alla Consigliera Marro, cui ricordo che ha tre minuti per l'illustrazione.

**MARRO Giulia**

Grazie, Presidente.

Porto qui un'interrogazione sulla mancanza di presidi sanitari stabili e continuativi nelle aree interne. Porto l'esempio di Vernante perché ci è stato segnalato dal Sindaco che da 10 luglio non c'è più un medico di base. Fortunatamente, grazie all'organizzazione dei medici di altri paesini della valle, due medici si stanno dividendo i pazienti del Comune di Vernante. Il Comune segnala che sta continuando a pagare le spese dell'ambulatorio medico, ma c'è bisogno di un intervento da parte della Regione e da parte dell'ASL, anche perché in poco più di due anni nel Comune di Vernante si sono alternati già quattro medici.

Anche l'Assemblea Occitana Valadas ha preso posizione dicendo che l'assenza di medici è vista come un segnale di abbandono istituzionale. Questo non è un problema soltanto per i residenti, ma anche per il turismo che in quelle valli, come sappiamo, è fondamentale. Il problema non è nuovo. In Valle Vermenagna già nel 2022 l'UNCCEM segnalava una carenza di almeno 100 medici di base nei Comuni montani del Piemonte (ad esempio, in Valle Stura c'erano tre medici che coprivano tutta la valle).

Chiedo all'Assessore cosa intenda fare la Regione per evitare che casi come quello di Vernante diventino la normalità nei paesini delle nostre valli e quindi come garantire presidi sanitari stabili e continuativi nelle aree montane.

**PRESIDENTE**

La parola all'Assessore Riboldi per la risposta.

**RIBOLDI Federico, Assessore regionale**

Grazie, Presidente.

Consigliera Marro, lei sa molto bene la difficile situazione che non solo tutti i governi regionali, ma anche gli organi di governo delle sanità occidentale, si trovano ad affrontare oggi circa la carenza di medici. Abbiamo una carenza dei medici in Italia che è aggravata da una cattivissima politica dei numeri, che ci porta oggi a vedere 10 mila pensionamenti a livello nazionale in più dei nuovi laureati ogni anno e quindi possiamo ipotizzare circa 500 nella

nostra regione. Quei numeri si pagano in termini di servizi e di operatività delle strutture.

Inoltre, come ben sa, è in corso un dibattito importante a livello nazionale tra i sindacati dei medici di medicina generale e il Ministro Schillaci sull'opportunità o meno della dipendenza dei medici all'interno delle Aziende Sanitarie Locali. Una delle motivazioni addotte dal Ministro Schillaci sull'ipotesi della dipendenza è proprio quella di poter disporre, in maniera diversa a livello di organizzazione, di medici di medicina generale anche in quelle aree rurali che vengono definite logisticamente svantaggiate, che per noi sono territorio ma che, da un punto di vista dei servizi, hanno lo svantaggio di avere incidenza bassa di popolazione rispetto all'ampiezza del territorio e difficoltà di comunicazione.

Il problema che lei pone per Vernante, così come in molte aree delle valli piemontesi, ormai non è più solo nelle valli, ma è un problema di assoluta attualità e riguarda la carenza dei medici di medicina generale. Noi abbiamo provato a introdurre provvedimenti per cercare di migliorare in maniera puntuale la situazione.

Il primo che mi sento di citare è di essere la prima Regione italiana ad aver approvato, con la sigla unanime delle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale, le Aggregazioni Funzionali Territoriali. Tali aggregazioni costituiscono equipe da 20 medici per 30 mila abitanti nelle aree rurali, ovviamente ridotte di numero, ma costituiscono una novità importante rispetto al medico solista che conoscevamo nel tradizionale ordinamento degli ultimi anni; anzi, degli ultimi secoli, se pensiamo al ruolo che aveva un tempo il medico condotto nei paesi, poi il medico di famiglia, oggi medico di medicina generale.

Oltre a creare un'équipe che può ovviare alle problematiche di mancanza di un singolo componente del gruppo perché va in pensione, come nel caso di Vernante, o perché va in maternità o perché ha un problema di salute o una fragilità momentanea, avere l'AFT con 20 medici rassicura sul fatto che, in caso di assenza di un singolo medico, ci sia un'équipe attorno che può prendersi cura dei pazienti. Oltre a questo, assicura la multidisciplinarietà, perché un'ampia équipe ha possibilità di confronto, di cura e un personale fisso – pensiamo agli amministrativi o agli infermieri che cooperano all'interno delle strutture – che lavora nella logica della multidisciplinarietà e dello sharing delle competenze, in maniera migliore rispetto al medico solista.

Per quanto riguarda gli incarichi vacanti, il 7 marzo scorso sono state recepite le graduatorie definitive dei residui 2024 e oggi si lavora sugli iscritti al corso di formazione di medicina generale del 2024 per capire quali vacanze possono essere coperte.

Secondo me, due cose hanno un particolare significato. Il nuovo modello prevede che sia il medico di assistenza primaria a ciclo di scelta sia il medico a ciclo orario, quindi l'ex guardia medica, acquisiscono un'unica tipologia di incarico, vale a dire il ruolo unico di assistenza primaria. Questo significa un allargamento dell'orario delle attività, già garantito dall'EFT, che non sarà più negli orari canonici del medico solista, ma andranno dalle 8 alle 20, con l'ipotesi, proprio con il ruolo unico, di allargare alle 24 e poi al ciclo notturno. Questo fa sì che ci sia maggiore prossimità nella prima richiesta e quindi minore ingombro e affollamento nei pronto soccorso, ma soprattutto di poter dare un servizio più diffuso.

La seconda tematica per la quale abbiamo voluto accelerare sull'EFT è che i distretti sanitari non possono, a oggi, con i contratti esistenti, imporre al medico convenzionato di aprire un ambulatorio in un singolo paese, in quanto il ruolo è all'interno di un distretto. Il futuro dovrà prevedere, anche tramite il ruolo unico, aree più piccole. Sarà difficile prevedere il singolo piccolo paese, perché non consentirebbe al medico di diventare un massimalista, ma prevedere magari gruppi di sei, sette od otto Comuni confinanti di singole comunità montane e di unioni in modo da restringere l'area d'azione non più al distretto, ma a luoghi più concentrati e che assicurino maggiore prossimità al servizio.