

**PRESIDENZA DEL
CONSIGLIERE SEGRETARIO CASTELLO**

Interrogazione a risposta immediata n. 1090 presentata da Calderoni, inerente a *"Riorganizzazione del servizio di emergenza-urgenza 118 nei territori di Alba, Bra e della Valle Tanaro e riduzione della presenza medica sui mezzi di soccorso"*

Interrogazione a risposta immediata n. 1092 presentata da Marro, inerente a *"Riduzione della presenza medica nel servizio di emergenza 118, criticità dei presidi di emergenza-urgenza e riorganizzazione non concertata della medicina territoriale nelle aree montane e periferiche"*

PRESIDENTE

Proseguiamo i lavori esaminando l'interrogazione a risposta immediata n. 1090.
La parola al Consigliere Calderoni per l'illustrazione.

CALDERONI Mauro

Grazie, Presidente.

Porto all'attenzione della Giunta una questione che sta generando forte preoccupazione nei territori di Langhe e Roero e della Valle Tanaro e, ho saputo soltanto qualche minuto dopo aver protocollato questa interrogazione, anche in Valle Po: la riorganizzazione del servizio di emergenza e urgenza 118 e la riduzione della presenza medica sui mezzi di soccorso.

Parliamo di aree vaste e complesse.

Il distretto Alba serve 64 Comuni, per oltre 100 mila abitanti, quello di Bra 11 Comuni, per più di 66 mila residenti. Si tratta, quindi, di zone ampie e articolate, che richiedono copertura capillare ed efficace.

Secondo le notizie avute dagli amministratori del territorio, si andrebbe verso una sola automedica diurna, operativa alternativamente tra Alba nei weekend e Bra nei giorni feriali, una scelta che comporterebbe una riduzione significativa della presenza medica diretta sul territorio con possibili effetti sui tempi di intervento e sulla qualità del servizio.

Non a caso le Amministrazioni locali hanno già espresso forte preoccupazione segnalando il rischio di un peggioramento dei livelli di sicurezza per i cittadini.

Ancora più critica la situazione della Val Tanaro e, come ho accennato, pur non facendo parte di questa interrogazione anche della Valle Po. Dal 1° maggio nel presidio di Garessio la presenza del medico nei fine settimane e nei festivi risulterebbe soppressa e sostituita da personale infermieristico. Territorio montano, con distanze molto rilevanti dai presidi ospedali più vicini, tempi di percorrenza elevati, viabilità complessa, cito soltanto il disastro dell'ultimo fine settimana con ore e ore di coda per i flussi di traffico da e per la Liguria. Una popolazione anziana significativa e la presenza di numerose persone fragili.

Ridurre proprio in queste condizioni la presenza medica e per di più nei momenti di maggior afflusso e traffico solleva criticità. A ciò si aggiungono elementi che riteniamo altrettanto rilevanti: queste scelte sembrerebbero essere state avviate senza un adeguato confronto con i territori e con gli amministratori locali, aumentando l'incertezza e la preoccupazione diffusa.

Ricordo che la medicina d'urgenza territoriale è un Livello Essenziale di Assistenza, la presenza del medico sui mezzi di soccorso incide direttamente sulle capacità d'intervento e sugli esiti clinici.

Per questo chiedo alla Giunta di fare chiarezza; se intenda confermare o smentire queste riorganizzazioni e, in ogni caso, quale iniziativa intenda adottare per garantire standard adeguati di sicurezza e copertura del servizio di Distretti e cittadini interessati.

PRESIDENTE

Poiché l'argomento è sull'emergenza 118, proseguiamo i lavori esaminando l'interrogazione a risposta immediata n. 1092. In tal modo l'Assessore darà la risposta a entrambe le interrogazioni.

La parola alla Consigliera Marro per l'illustrazione.

MARRO Giulia

Grazie, Presidente.

Non entro nel merito della domanda, perché il collega Calderoni ha ben illustrato la problematica.

Nella mia domanda insistevo, da una parte, sul metodo, perché come ha ricordato anche il collega, i Sindaci in questi giorni stanno pubblicando alcuni comunicati stampa e, comunque, delle lamentele sul fatto che non siano stati coinvolti.

Riprendo anche quanto scritto da UNCEM, che ha parlato esplicitamente di "tagli mascherati da riorganizzazione", nel senso che quello che si percepisce nei territori, soprattutto quelli montani che sono quelli più critici, dove la Regione sta investendo soldi tendendo a ripopolare quelle zone, però poi anche in vista delle case di comunità che stanno nascendo, come quella di Verzuolo, toglie dei presidi sanitari e medici nei Comuni più piccoli.

Ricordiamo che queste terre, già abbastanza isolate, hanno popolazioni anziane e poi, come avviene nel territorio di Garessio, nei fine settimana si concentra la maggior parte delle persone, perché oltre a quelli che ci abitano ci sono anche le persone che transitano e che si recano lì per motivi turistici.

Non capisco, quindi, se la Giunta sta dando delle indicazioni ai Direttori sanitari che vanno in questa direzione, quindi quella di togliere dei presidi medici per concentrarli in zone più centrali, però più lontane da dove abitano le persone, oppure se state lasciando soli i direttori delle ASL, in questo caso, il Direttore dell'ASL CN1.

Questo non vuole assolutamente essere un question time contro l'operato del Direttore dell'ASL CN1, ma è proprio per chiedere se è lasciato solo in questa riorganizzazione e, quindi, se potete intervenire, oppure se sono indicazioni che state dando voi ma, in questo caso, l'interlocutore per chiedere delle giustificazioni di questo andamento è lei, Assessore Riboldi.

PRESIDENTE

La parola all'Assessore Riboldi per la risposta a entrambe le interrogazioni.

RIBOLDI Federico, *Assessore regionale*

Grazie, collega Calderoni; grazie, collega Marro.

Attesa la sostanziale analogia del tema oggetto delle interrogazioni n. 1090 e 1092, si forniscono elementi unificati di risposta.

Innanzitutto, voglio rassicurare subito la collega Marro. Nessun Direttore è lasciato solo. Il Direttore Guerra non soffre di solitudine, dialoga costantemente con me e con gli Uffici dell'Assessorato. Più che altro, si invitano, questo sì, Azienda Zero e Direttori Generali a mettere in campo le misure più moderne di organizzazione del servizio di emergenza e urgenza, che non sono quelle che abbiamo conosciuto fino a oggi.

Non sarete sicuramente digiuni a livello di conoscenza dell'*empowerment* che il comparto ha avuto negli ultimi anni e dei modelli organizzativi più moderni di emergenza-urgenza delle Regioni vicine al Piemonte, che su questo hanno fatto già passi avanti, ma anche di alcuni Stati esteri che, nell'ambito del pronto e del primo soccorso, sono molto avanzati.

Quando si discute di professionisti sanitari, occorre fare molta attenzione a non ingenerare paure non fondate.

Molto spesso sento, anche da ex colleghi Sindaci, vedere la riforma del 118, che prevede l'inserimento dell'automedica, la professione del comparto, la professione infermieristica preparata nell'ambito di emergenza e urgenza sul mezzo ospedaliero, come una *diminutio* del settore.

In realtà, è profondamente sbagliato, perché oggi il settore moderno nell'ambito dell'emergenza-urgenza prevede una suddivisione dei ruoli e delle strutture, nonché dei mezzi. Il metodo più moderno per assicurare efficace, quindi *outcome* positivi nell'ambito dell'emergenza-urgenza, è proprio quello di avere ambulanze con la funzione del paramedico e dell'infermiere preparato nell'ambito dell'emergenza-urgenza, che quindi ha una particolare preparazione e un particolare addestramento, passatemi il termine, per agire nelle situazioni di criticità e avere il medico sull'automedica che sia in grado di intervenire con maggiore rapidità rispetto allo spostamento dell'ambulanza sulla scena di soccorso, quindi sulla scena di incidente, ma anche su altre scene, quindi potersi muovere tra più scenari critici.

Questo nasce come organizzazione nei Paesi anglosassoni e in alcune Regioni italiane. È ovvio che, come *driver* iniziale, vi è la carenza di medici, che è un problema di tutto l'Occidente, non solo italiano. Qualcuno ha reagito con maggiore rapidità, qualcuno ha reagito più lentamente, ma quello che voglio significare è che l'ambulanza con il paramedico formato nell'ambito dell'emergenza-urgenza e il medico su automedica sono un modello più efficace rispetto a quello tradizionale di gestione delle emergenze.

Questo è da dire per due motivi. Il primo è l'*empowerment* che la professione infermieristica ha avuto negli anni e la specializzazione che gli infermieri, nell'ambito dell'emergenza-urgenza, hanno acquisito e che meritano sia riconosciuta. In seconda istanza, avere il medico sull'automedica ci consente di essere più rapidi e di agire su più situazioni di rischio.

In tale quadro, ogni intervento che si fa è orientato a garantire continuità, sicurezza e qualità del servizio, che si basa su soluzioni organizzative nuove. Mi rendo conto che all'inizio possono spaventare, ma è bene, in particolare nell'Aula parlamentare della nostra Regione, iniziare ad analizzare tali soluzioni.

Il principio di appropriatezza dell'intervento assistenziale segue, in questo caso, linee d'indirizzo consolidate a livello nazionale e internazionale, al fine di assicurare la rapidità massima degli interventi.

Per quanto attiene all'area di Alba e Bra, a partire dal 16 maggio sarà attivata, presso il DEA dell'ospedale di Verduno, un'automedica con medico e infermiere a bordo, in integrazione ai mezzi di soccorso con personale infermieristico specializzati in emergenza e urgenza operativi su Alba e Bra.

Anche per quanto riguarda la Val Tanaro è stata adottata una soluzione organizzativa analoga.

La figura medica non più presente a Garessio nei turni diurni festivi è stata contemporaneamente rafforzata sulla postazione di Ceva, in posizione strategica sia per la Val Tanaro sia per l'area cebano-monregalese. Ne consegue che l'intera area non ha subito una diminuzione o un taglio, come qualcuno ha affermato, di presenza medica, ma solo una redistribuzione finalizzata a un utilizzo più razionale ed efficace della figura medica. Si è lavorato in efficienza, ma non si è tagliato il servizio.

Questo assetto consente di concentrare le risorse mediche nelle situazioni a maggiore complessità, assicurando interventi rapidi nei casi più gravi e contribuendo a migliorare la capacità di risposta del sistema. Il modello organizzativo prevede l'utilizzo della figura medica laddove realmente necessario, con garanzia di piena appropriatezza dell'impiego. Questo non avviene se la figura medica è presente a prescindere, perché l'ambulanza medicalizzata può essere spedita in luogo di incidente e, contemporaneamente, verificarsi una situazione dove c'è maggiore appropriatezza della presenza del medico e il medico si trova bloccato sul mezzo principale. Se ha l'automedica, invece, è in grado di lasciare la situazione di rischio 1 e recarsi dove è veramente necessaria la sua presenza.

Il primo intervento di stabilizzazione – e questa è la parte, a mio avviso, molto importante, dove andiamo a riconoscere le capacità del comparto degli infermieri specializzati nell'emergenza-urgenza – ed eventualmente anche la successiva fase di trasporto, rimangono garantiti dalla capillare presenza di mezzi di soccorso avanzato con personale infermieristico altamente qualificato e formato in piena coerenza con i migliori modelli organizzativi e con le migliori linee guida delle società scientifiche che di questo si occupano.

In tale contesto – lo dicevo prima e voglio ribadirlo ora anche per correttezza nei confronti di una figura che ha avuto questa specializzazione negli anni – l'infermiere di emergenza-urgenza ha visto negli anni evolvere in modo significativo le proprie competenze e la propria preparazione, anche grazie a un intenso processo di formazione e addestramento che in Piemonte ha avuto particolare successo. Tali competenze, sopportate da rigidi protocolli e dal continuo contatto con il medico di centrale operativa, consentono oggi, da parte dell'infermiere specializzato in emergenza-urgenza, di effettuare autonomamente la maggior parte delle manovre e delle procedure salvavita, rappresentando una componente irrinunciabile della struttura di emergenza-urgenza territoriale.

Il modello organizzativo prevede, inoltre, la piena integrazione con gli altri mezzi di soccorso su gomma e con il servizio, ricordiamolo, di elisoccorso 118, quale componente integrale imprescindibile del sistema, in grado di garantire una copertura territoriale completa e adeguata a tutte le tipologie di intervento, con particolare beneficio per le aree più periferiche.

Moltissime volte leggete dai giornali locali che nel grave incidente, nell'incidente sportivo, nell'incidente di campagna a cavallo, a piedi o in bicicletta, interviene con rapidità l'elisoccorso. Perché interviene sui casi più urgenti, sui casi davvero tempo-dipendenti che hanno bisogno di recarsi a un hub centrale con rapidità.

Per far fronte al contesto attuale e rafforzare strutturalmente il sistema sono state attivate procedure concorsuali dedicate per il personale medico e infermieristico. Grazie a tali procedure, si sta procedendo all'assunzione di medici destinati al servizio 118 di Cuneo e a seguito della conclusione delle procedure è prevista altresì l'assunzione di personale del comparto di carattere infermieristico.

Sono in programmazione anche altre azioni di reclutamento, con l'obiettivo di consolidare gradatamente e progressivamente tutta la dotazione organica del 118.

Si tratta di un'organizzazione che si inserisce in un contesto complesso, che è quello che ho descritto all'inizio, quindi la presenza minore rispetto al passato di figure mediche, il cambiamento importante che c'è stato nelle professioni sanitarie e nelle infermieristiche, ma che ci consente oggi, in quell'area della provincia di Cuneo, di introdurre un modello efficiente che sia in grado di stabilizzare il sistema e assicurare la prosecuzione ottimale delle attività di

emergenza urgenza. Si tratta di un nuovo sistema organizzativo più funzionale, con ricadute positive sugli assistiti. In premessa dicevo che gli *outcome*, ossia gli esiti, saranno positivi. Il medico che dispone di un mezzo agile interviene nei casi in cui ve ne sia davvero bisogno, codici maggiori, garantendo appropriatezza.

Con riferimento ai tempi d'intervento, vogliamo anche evidenziare, perché è giusto farlo avendo una rete di elisoccorso efficace, che la disponibilità dell'elisoccorso è componente integrante e imprescindibile del modello descritto. Il suo utilizzo consente di ridurre significativamente i tempi di risposta nelle aree più periferiche, come l'Alta Langa e la Val Tanaro, inclusi i Comuni di Alto, Caprauna, Viozene e Brigalta, dove gli interventi via terra comportano inevitabilmente percorrenze più lunghe e meno rapide, con conseguente aumentato rischio per il paziente affetto da patologie a tempo dipendenti oppure che ha subito un trauma tale da avere assoluta necessità di essere trasportato.

Si rappresenta, tra l'altro, che i dati in possesso nei primi quattro mesi del 2026 citano come due interventi sono stati già effettuati in quei Comuni, di cui uno con l'elisoccorso e sono stati condotti nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica e operativa. Le misure organizzative sopradescritte consentono di garantire il mantenimento di adeguati standard di sicurezza, senza inficiare la copertura del servizio, che altrimenti avverrebbe senza un cambio di paradigma e un cambio di processo organizzativo. Ciò viene fatto a tutela della salute e della sicurezza della popolazione residente nei territori interessati.

Con riguardo alle sedi di continuità assistenziale previste dal distretto dell'ASL Cuneo 1, si precisa che esse sono tre, Saluzzo, Barge e Verzuolo, ex Venasca. La competenza territoriale in quest'ultimo caso è la stessa, si è trattato in sostanza di un semplice spostamento di postazione, dettato dalla riorganizzazione in atto. Infatti, nell'ambito dei servizi previsti dal DM 77-2022, nella casa di comunità hub la continuità assistenziale è un requisito obbligatorio. Per questa ragione, il servizio attivato a Verzuolo, sede hub del 4-5, garantisce un presidio medico continuativo per tutta la Val Varaita, integrato con la presenza diurna dei medici di medicina generale.

Il medico ex guardia medica continuità assistenziale è stato attraverso il numero 116 117 attivato e una volta valutato il bisogno orienta l'utenza verso il setting assistenziale più appropriato, consigli telefonici, interventi domiciliari o ambulatoriali. Nel corso dell'anno 2025, per fornire alcuni numeri, sono state garantite complessivamente, per tutti gli utenti dell'ambito territoriale, 896 visite ambulatoriali, 327 visite domiciliari e 670 consulti telefonici, a seconda della situazione a giudizio del medico.

Per approfondire il nuovo modello organizzativo e ascoltare le istanze dei soggetti coinvolti, sono in programma nei prossimi giorni due incontri. Prima, ovvero domani mercoledì 6 maggio, alle 15.30 presso l'ospedale di Verduno si terrà la riunione della Conferenza dei Sindaci dell'ASL Cuneo 2. Ci sarà il Direttore generale di Azienda Zero e, compatibilmente con i tempi del Consiglio, mi collegherò alla riunione, perché l'esigenza del Consiglio mi impone di essere qui a Torino, ma spero di avere la possibilità di collegarmi, almeno per qualche decina di minuti, con la riunione. In questa riunione potremo garantire la massima condivisione delle iniziative, spiegare i processi, spiegare la nuova organizzazione della rete di emergenza-urgenza territoriale nell'area. A breve, anche per la Valle Tanaro ci si confronterà, quindi verrà dato corso a un simile confronto.

Nel corso delle riunioni, come dicevo, approfondiremo le scelte organizzative adottate e i contributi degli amministratori locali verranno presi in considerazione e, possibilmente, se non sono in completa antitesi con le linee guida con i nuovi processi, accolti all'interno della nuova organizzazione.

L'obiettivo, come ho detto in premessa e ringraziando per la pazienza per questa mia lunga risposta, è quello di continuare ad assicurare gli standard organizzativi, non di farli calare. L'obiettivo principale che ci poniamo è quello di modernizzare il sistema. In questo caso, il Piemonte non vuole essere il primo, ma vuole prendere spunto dai sistemi

d'emergenza-urgenza più organizzati, prendere atto dell'*empowerment* del comparto e della classe infermieristica e destinare i medici agli interventi dove la loro presenza è davvero appropriata.