



PIANO SOCIO SANITARIO 2025 - 2030

LA VISIONE PER IL SISTEMA SALUTE DEL PIEMONTE

INDICE

PREMESSA	7
INTRODUZIONE	13
IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE	14
IL LAYOUT DELLA SANITÀ REGIONALE	16
IL METODO DI LAVORO	17
ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	19
LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE PIEMONTESE	19
PRINCIPI E VALORI GUIDA	24
LE PRINCIPALI SFIDE	25
DAI BISOGNI ALLE SOLUZIONI	26
LA MISSION	28
LA VISION	29
L'APPROCCIO ONE HEALTH	31
LA MEDICINA DI GENERE	31
OBIETTIVI STRATEGICI	33
POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE	34
RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA	37
DIGITALIZZAZIONE E RAFFORZAMENTO DEL FASCICOLO 2.0	42
PROCUREMENT E LOGISTICA	43
INVESTIMENTI TECNOLOGICI ED EDILIZIA SANITARIA	45
LISTE E TEMPI DI ATTESA	48
POTENZIAMENTO ACCESSIBILITÀ TERRITORIALE IL "CORPO LOGISTICO SANITARIO PIEMONTESE"	49
PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	50
	1

AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI E RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEI MMG / PLS	53
TUTELA DEL BENESSERE PSICOLOGICO DEL PERSONALE SANITARIO	54
REVISIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONE OPERATIVA - OPERATION MANAGEMENT	55

AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO **57**

OTTIMIZZARE L'ASSISTENZA PRIMARIA E TERRITORIALE	58
RIORGANIZZARE E AMMODERNARE LE RETI OSPEDALIERE	62
INTEGRARE SERVIZI PER SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	66
POTENZIARE I SERVIZI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ	67
POTENZIARE LE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI E TEMPO DIPENDENTI	70
POTENZIARE I SERVIZI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	86
OTTIMIZZARE ASSISTENZA A MINORI E FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ	88
DIFFONDERE INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	90
POTENZIARE L'ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA CON IL SUPPORTO DELLE NUOVE TECNOLOGIE	93

INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA **95**

PERCORSI ASSISTENZIALI CONDIVISI TRA ASL, COMUNI E SERVIZI SOCIALI	96
COLLABORAZIONE CON IL TERZO SETTORE	96
SVILUPPO DI ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARI PER PAZIENTI FRAGILI E NON AUTOSUFFICIENTI	97
RIORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE E VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	98

INNOVAZIONE E DIGITALIZZAZIONE **100**

POTENZIARE IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	101
DIFFONDERE LA TELEMEDICINA PER IL MONITORAGGIO DEI PAZIENTI CRONICI	102
SVILUPPARE PIATTAFORME BASATE SU AI PER L'ANALISI DEI DATI SANITARI	103
ESTENSIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA E DELLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA DEMATERIALIZZATA	104

DIGITALIZZARE PERCORSI DI PRENOTAZIONE E GESTIONE LISTE DI ATTESA	106
EHDS - EDS: L'INTEROPERABILITÀ E LA CONDIVISIONE DEI DATI SANITARI	107

INVESTIMENTI IN EDILIZIA SANITARIA **109**

IL CONTESTO	110
L'EVOLUZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA	112
LA PROGRAMMAZIONE DEI NUOVI OSPEDALI	114
ALCUNI ESEMPI	117

GOVERNANCE **120**

IL NUOVO MODELLO DI GOVERNANCE	121
IL POSIZIONAMENTO DEL SSR NEL SSN	123
CHANGE MANAGEMENT E INNOVAZIONE	126
CREAZIONE DI OSSERVATORIO SULLA SALUTE	128
CENTRO REGIONALE DI RISK MANAGEMENT	129

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE **131**

METODI E INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL SSN	131
--	-----

QUADRO DELLE RISORSE UMANE E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA **134**

RISORSE FINANZIARIE E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SOCIO - SANITARIO	135
RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA	138
VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	139
PARTERNARIATI PUBBLICO - PRIVATI PER NUOVE INFRASTRUTTURE SANITARIE	142
RUOLO DEI SOGGETTI EROGATORI PRIVATI	143
PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA SPESA SANITARIA E SOCIO - SANITARIA	144

FORMAZIONE E RICERCA **147**

FORMAZIONE CONTINUA DEI PROFESSIONISTI SANITARI	148
RICERCA E INNOVAZIONE NELLE CURE	149

COLLABORAZIONE CON UNIVERSITÀ E CENTRI DI RICERCA

LINEE STRATEGICHE PER LA RICERCA BIOMEDICA E CLINICA TRASLAZIONALE

150

151

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

154

PIATTORME DIGITALI PER FACILITARE L'ACCESSO ALLE CURE

155

PROGRAMMI DI EDUCAZIONE SANITARIA

156

CAMPAGNE INFORMATIVE AI CITTADINI

157

INTRODUZIONE AL PSSR VISTO DAL WELFARE

159

ASSETTO TERRITORIALE DEGLI ENTI GESTORI

160

AMBITI TERRITORIALI SOCIALI ED ENTI GESTORI AFFERENTI

163

FINANZIAMENTO DEL SISTEMA DI WELFARE

164

REPORT RENDICONTAZIONE ANNUALE ENTI GESTORI E ASSEGNAZIONE RISORSE

167

LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI - LEPS

170

MONITORAGGIO DEI LEPS

172

AGGIORNAMENTO LEPS SECONDO PIANO NAZIONALE SOCIALE 2024-2026

174

SPAZIO DI LAVORO E PROPOSTE

176

DISABILITÀ NEL PIANO SOCIOSANITARIO

177

SPAZIO DI LAVORO E PROPOSTE

179

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

180

SPAZIO DI LAVORO E PROPOSTE

182

CAREGIVER FAMILIARI

183

SPAZIO DI LAVORO E PROPOSTE

184

LOTTA ALLA POVERTÀ

185

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

187

PROGETTO SPERIMENTALE MINORI AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE **188**

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

189

INVECCHIAMENTO ATTIVO **190**

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

192

NATALITÀ **193**

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

195

IMMIGRATI VULNERABILI E SALUTE **196**

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

197

SENZA DIMORA **198**

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

199

SERVIZI SOCIALI PER MINORI **200**

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

201

REVISIONE REQUISITI STRUTTURE DI ACCOGLIENZA PER MINORI **202**

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

203

PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI CENTRI PER FAMIGLIE **204**

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

205

POLITICHE DI WELFARE ABITATIVO **206**

INVESTIMENTI NELL'EDILIZIA SOCIALE	206
INTERVENTI A SOSTEGNO DI FAMIGLIE IN DISAGIO ABITATIVO	207
DISCIPLINA DELL'EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA E DEGLI ENTI GESTORI	207
FONDO STRAORDINARIO CONGUAGLI	208
AUTORECUPERO	208
PROSPETTIVE E OBIETTIVI	209

SERVIZIO CIVILE **210**

PROSPETTIVE E OBIETTIVI	211
-------------------------	-----

AREA ADOZIONI **212**

FINALITÀ STRATEGICHE	212
IL CONTESTO IN CIFRE	213
PROSPETTIVE FUTURE	213

STAKEHOLDER MANAGEMENT **216**

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE PER STAKEHOLDER CIVICI E SOCIALI	217
INTERVENTI PROPOSTI DAGLI STAKEHOLDER	218

PREMESSA

Il nuovo Piano Socio Sanitario

Trent'anni: questo è il tempo che il Piemonte ha atteso per dotarsi di uno strumento di programmazione socio-sanitario moderno, definendo le priorità, le risorse e le strategie per rispondere alle necessità di salute dei cittadini.

La sanità sta attraversando una fase di forte crisi, che provoca sfiducia nel sistema e non consente al 10% della popolazione, su scala nazionale, di accedere alle prestazioni, tradendo il valore dell'universalità su cui è stato fondato lo stesso Servizio Sanitario Nazionale.

È necessaria, quindi, una svolta epocale, che non si accontenti di navigare passivamente nello status quo, ma che riscriva dalle fondamenta il Piano Socio Sanitario.

Innanzitutto, partendo da un'analisi dello stato di salute del Piemonte: i dati indicano che, tra l'altro, con una speranza di vita sana pari a 60 anni, il 41,5% dei cittadini ha almeno una patologia cronica e la popolazione ha un'età media più alta rispetto a quella delle altre regioni.

Questi dati sono alla base del NUOVO PIANO SOCIOSANITARIO, che non è un mero documento burocratico, ma rappresenta, per la prima volta, un esempio di partecipazione attiva di oltre 300 associazioni rappresentative di pazienti, professionisti sanitari, organizzazioni sindacali e istituzioni locali.

Lo spirito che ci ha guidato in questo lungo lavoro di confronto e di elaborazione è ridare al Piemonte una sanità universale, che metta al centro le persone e sia dotata di luoghi moderni, con attenzione alle opportunità offerte dalla digitalizzazione.

Tra gli obiettivi principali, il potenziamento della ricerca sanitaria, che ci permetterà di avere un miglioramento nella qualità delle cure, e il taglio degli sprechi e delle spese improduttive per reinvestire le risorse risparmiate in attività cliniche, per curare le reali necessità.

Persone e personale sanitario

Al centro del nuovo Piano ci saranno, come detto, le persone: i pazienti, i caregiver e tutte le donne e gli uomini della nostra sanità che quotidianamente, con impegno e dedizione, sono al servizio della comunità.

Mettendo al centro le persone, potremo infatti integrare tutte le dimensioni cliniche, sociali e relazionali per rispondere alle esigenze di cura dei cittadini. I pazienti, i familiari e le associazioni rivestiranno un ruolo di primo piano anche nella futura gestione della sanità pubblica.

Il Piano, quindi, non sarà un documento che, una volta approvato, rimarrà immutato: continueremo a confrontarci costantemente con tutti gli interlocutori che hanno contribuito alla sua stesura.

Partendo da questo principio, abbiamo deciso di istituire TAVOLI DI LAVORO PER SPECIFICHE PATOLOGIE, per una reale partecipazione attiva nelle politiche sanitarie.

In un'ottica di avvicinamento dei cittadini all'accesso alle cure, avvieremo il nuovo CORPO LOGISTICO SANITARIO PIEMONTESE, per costituire una rete strutturata dedicata al trasporto semplice e l'accompagnamento dei pazienti nelle strutture sanitarie.

La Giunta Cirio ha dimostrato concretamente di investire sulla nostra principale ricchezza: l'esercito delle oltre 58.000 donne e uomini che lavorano nella nostra sanità.

Dal 2019, il personale è in costante aumento: ad oggi, con gli ultimi concorsi 2025, sono 4.300 persone in più. In un periodo in cui vi è crisi di personale e di vocazione, intendiamo rendere più attrattive le professioni sanitarie, sia in termini di ingresso che di permanenza.

Anche le nuove strutture sanitarie avranno al centro le persone: gli ospedali non dovranno più rappresentare un luogo di sofferenza. L'umanizzazione delle strutture è al centro del percorso che abbiamo avviato: i pazienti e i loro familiari dovranno essere accolti in strutture belle, moderne e innovative.

Abbiamo deciso di istituire la nuova figura del RESPONSABILE OPERATIVO DEGLI AMBIENTI SANITARI OSPEDALIERI E TERRITORIALI, che in ogni presidio ospedaliero dovrà migliorare gli ambienti, renderli più confortevoli e umani per pazienti, care givers e personale ripensando le strutture sanitarie nell'ottica delle persone.

Il grande piano di edilizia sanitaria e la nuova medicina territoriale

La Giunta regionale sta realizzando il PIANO DI EDILIZIA SANITARIA più imponente di sempre. Il Piemonte aspetta da decenni il nuovo Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino: nel 2026 è previsto l'avvio dei lavori per la costruzione di un polo di assoluta eccellenza nel panorama sanitario nazionale ed europeo, in cui la parte clinica si integrerà con la ricerca sanitaria e con l'Università.

A quest'opera, si affiancheranno i nuovi ospedali hub di Alessandria, Cuneo e Novara, modelli di eccellenza e innovazione, luoghi in cui la tecnologia si unirà con le competenze e la centralità delle persone.

Infine, gli ospedali che verranno realizzati grazie ai fondi INAIL rappresentano una vittoria per chi ha a cuore la sanità pubblica: queste strutture saranno edificate con risorse interamente statali.



Una scelta che rivendichiamo orgogliosamente, perché doteremo il Piemonte di nuovi ospedali, garantendo anche un risparmio.

Come ci ha insegnato l'esperienza del Covid, gli ospedali dovranno essere sempre di più il luogo delle acuzie e dell'alta complessità.

Per questo motivo, riteniamo doveroso superare il modello "ospedale-centrico", a favore di un'impostazione "territorio-centrica" per una gestione integrata delle patologie acute a bassa intensità e di quelle cronico-degenerative.

Per questa ragione, il Piemonte sta completamente rivoluzionando la medicina territoriale, investendo con risorse proprie e fondi PNRR: entro il 2026 avremo 91 nuove case della comunità, 30 ospedali di comunità e 43 centrali operative territoriali.

Inoltre, il nuovo Piano Socio Sanitario introduce elementi di assoluta novità, come l'istituzione in ogni Asl della figura del DIRETTORE SOCIOSANITARIO, che creerà l'integrazione tra la parte sanitaria e sociale. In questa direzione, saranno creati due nuovi dipartimenti: quello "Socio-sanitario" e quello "Assistenziale".

Una sanità territoriale completamente riorganizzata non potrà prescindere dalla figura a cui, da sempre, i cittadini si rivolgono: i medici di medicina generale. Oggi, tanto nelle aree logisticamente svantaggiate quanto in quelle urbane città, vi è una carenza di questi professionisti.

In Piemonte, primi in Italia, abbiamo istituito le AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI, che garantiranno una copertura assistenziale più capillare e continuativa rispetto a oggi, dalle 8 alle 20 tutti giorni, 7 giorni su 7, attraverso l'integrazione in rete e il lavoro di equipe tra i medici di medicina generale.

Nel Piano trova spazio adeguato la salute mentale: un tema che, anche a causa dell'isolamento sociale imposto dalla crisi pandemica, è un chiaro esempio delle principali sfide che ci attendono nei prossimi anni.

Per monitorare i bisogni di salute mentale del territorio, in collaborazione con tutte le istituzioni, sarà istituita la Consulta per la Salute Mentale.

Sanità digitale

La Regione ha posto solide basi per l'armonizzazione progressiva dei sistemi informativi sanitari e l'introduzione di nuovi servizi digitali, partendo dal forte potenziamento dell'utilizzo della telemedicina. Ora dobbiamo consolidare e ampliare questo percorso attraverso un rafforzamento dell'integrazione informatica e lo sviluppo di soluzioni innovative.

Saremo i primi in Italia ad avere un NUOVO CUP (centro unico di prenotazioni) integrato con l'intelligenza artificiale, che prenderà direttamente in carico i pazienti cronici e permetterà una gestione efficiente delle prenotazioni di visite ed esami diagnostici.

In tale percorso di innovazione, un ruolo sempre più centrale è svolto dall'INTELLIGENZA ARTIFICIALE, che può rappresentare un supporto concreto sia nei processi di presa in carico sanitaria, rendendo più efficiente la gestione clinica dei pazienti cronici, sia nell'iter amministrativo.

Per quanto concerne l'utilizzo del FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO, siamo tra le prime Regioni per quantità di documentazione caricata: il FSE rappresenta uno strumento determinante per modernizzare la nostra sanità, perché tramite la raccolta delle informazioni cliniche dei cittadini in un unico spazio sicuro ed accessibile, gli operatori sanitari potranno disporre di una visione aggiornata sulla storia clinica dei pazienti, agendo in maniera più efficace anche sulla prescrizione delle prestazioni.

Infine, con la nuova APP PIEMONTE IN SALUTE, i piemontesi potranno accedere in modo veloce e semplificato a tutti i servizi della nostra sanità: in un unico e semplice portale potranno consultare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, ritirare gli esiti di visite ed esami, scegliere e revocare il medico di medicina generale, prenotare e disdire le prestazioni e segnalare eventuali criticità.

La ricerca: i nuovi IRCCS

La ricerca sanitaria sarà la leva strategica per il rilancio del servizio sanitario. Nel 2022 la Regione ha istituito il Dipartimento Attività Integrate Ricerca Innovazione Regionale (DAIRI -R), con l'obiettivo di promuovere e allineare le iniziative di ricerca sul territorio e valorizzare l'intero ecosistema della ricerca per far diventare il Piemonte una delle prime regioni in questo campo.

Abbiamo deciso di istituire il tavolo di coordinamento per la candidatura di NUOVI IRCCS pubblici in varie specialità: attualmente non abbiamo IRCCS pubblici, un'anomalia per una regione come il Piemonte.

Contemporaneamente, si dovrà investire per potenziare la produzione scientifica, valorizzare le medical humanities e promuovere l'istituzionalizzazione della ricerca sanitaria come una delle funzioni principali di tutte le aziende, anche tramite la costituzione di un Centro regionale per la ricerca traslazionale che integri ospedali universitari, IRCCS e centri di ricerca.

Questa leva sarà determinante per attrarre i migliori professionisti sanitari: con cure innovative e strutture d'eccellenza, il Piemonte potrà raggiungere l'obiettivo di azzerare la mobilità sanitaria verso le altre regioni.

**Efficacia e sostenibilità economica**

In sanità per troppo tempo abbiamo sentito parlare di efficienza, che nella pratica si traduceva in tagli lineari e riduzione dei servizi ai cittadini.

Noi adottiamo il metodo del “buon padre di famiglia”: siamo ben consapevoli che avere bilanci in ordine garantisce una sostenibilità economica, presupposto imprescindibile anche per realizzare il nuovo Piano Socio Sanitario. Però, contemporaneamente, investiremo con serietà e responsabilità, tagliando gli sprechi e le inefficienze, comprimendo la spesa improduttiva per destinare i risparmi ottenuti nelle attività cliniche e assicurando così ai cittadini nuove e migliori cure, come ad esempio l'estensione degli SCREENING NEONATALI O L'ODONTOIATRIA SOLIDALE, per garantire le cure alle fasce più deboli della popolazione.

Questi sono alcuni degli elementi che ci aiuteranno a raggiungere l'obiettivo principale del nostro agire quotidiano: il ritorno nell'alveo della sanità pubblica di tutti quei cittadini che oggi, per motivi economici, logistici e lunghi tempi d'attesa, rinunciano alle cure sanitarie, perché la sanità o è universale o non è!

Federico Riboldi

Assessore alla Sanità della Regione Piemonte

1

INTRODUZIONE



INTRODUZIONE

1.0

Il presente Piano Socio Sanitario Regionale rappresenta lo strumento di indirizzo fondamentale attraverso cui la Regione delinea la propria visione strategica e gli obiettivi di salute e benessere per la popolazione, in coerenza con i principi costituzionali, con il Piano Nazionale della Prevenzione e con gli indirizzi di programmazione sanitaria e sociosanitaria definiti a livello europeo e nazionale.

La finalità politico-sanitaria del documento è quella di orientare, in modo coerente e integrato, le politiche regionali verso un modello di sanità pubblica equa, accessibile, sostenibile e orientata ai bisogni delle persone e delle comunità, promuovendo un sistema centrato sulla qualità dei servizi, sull'appropriatezza delle prestazioni, sull'innovazione organizzativa e tecnologica e sull'integrazione tra ambito sanitario e sociale.

La declinazione attuativa dei principi e degli indirizzi contenuti nel Piano è demandata all'adozione di successivi atti attuativi da parte della Giunta Regionale, su proposta della Direzione competente in materia di Sanità, anche in raccordo con le altre Direzioni interessate. Tali atti definiranno le misure operative, i criteri di allocazione delle risorse, le modalità di monitoraggio e valutazione, nonché gli strumenti di governance multilivello necessari a garantire l'efficace implementazione del Piano sul territorio.

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** italiano è riconosciuto come uno dei sistemi sanitari più avanzati a livello internazionale, grazie all'efficacia della sua struttura istituzionale, all'equità nell'accesso alle cure e a un approccio integrato e proattivo alla salute. Il SSN non si limita all'erogazione delle prestazioni sanitarie, ma promuove attivamente **stili di vita sani**, investe nella **prevenzione**, nella **diagnosi precoce**, nella **presa in carico delle patologie croniche**, nella **riabilitazione**, oltre a garantire **assistenza per le cure** acute, specialistiche e ospedaliere.

Rappresenta un pilastro fondamentale del benessere collettivo e uno degli elementi costitutivi dell'identità civica nazionale, contribuendo in modo determinante a garantire agli italiani una delle aspettative di vita più alte al mondo.

Il SSN si fonda su quattro principi cardine, che ne definiscono la missione e ne orientano le politiche:

- **Universalismo**: il diritto alla salute è riconosciuto a tutte le persone, senza distinzione di età, genere, reddito, provenienza o condizione sociale.
- **Equità**: l'accesso ai servizi sanitari è garantito a tutti in base al bisogno di salute, non alla capacità economica, assicurando uguaglianza di trattamento su tutto il territorio nazionale.
- **Globalità**: il sistema si prende cura della persona nella sua interezza, intervenendo su tutti gli aspetti della salute – fisici, mentali e sociali – attraverso un'offerta completa che va dalla prevenzione alla cura, fino alla riabilitazione e all'assistenza a lungo termine.
- **Centralità della persona**: ogni intervento sanitario è costruito attorno ai bisogni, ai diritti e alla dignità dell'individuo, valorizzando l'ascolto, la partecipazione attiva e il rispetto delle specificità di ciascuno.

Il SSN italiano non è solo un modello sanitario, ma
un vero e proprio bene pubblico, frutto di una
visione solidaristica e comunitaria della salute, in
cui la cura diventa espressione concreta di
cittadinanza e coesione sociale

Il percorso delineato negli ultimi anni nel SSN sta cambiando il modo in cui le prestazioni sanitarie vengono erogate passando da una logica a silos, per specialità, a un **approccio multidisciplinare e paziente-centrico alle cure** da realizzare nel rispetto, anche, dei seguenti cambiamenti sistemi volti a incrementare la qualità dei servizi offerti al cittadino:

PRESA IN CARICO E SANITÀ DI INIZIATIVA

Il SSN deve essere in grado di reclutare, informare, coinvolgere, educare, e monitorare la persona nei suoi diversi stadi di vita e tenendo conto della sua storia clinica. La presa in carico della persona con cronicità garantisce che il paziente conosca per tempo il proprio piano assistenziale integrato (PAI), contribuendo a ridurre il consumismo sanitario derivante dalla moltiplicazione delle prestazioni tra loro non coordinate

EFFICIENZA ED EFFICACIA

Punta a ottimizzare risorse e risultati, bilanciando costi e benefici per garantire sostenibilità ed equità. Include il rispetto delle evidenze scientifiche, la soddisfazione dei pazienti e una qualità assistenziale integrata

GOVERNO DELLE INTERDIPENDENZE ORIZZONTALI

Bisogni di salute complessi e sempre più integrati richiedono un governo unitario. Sul piano orizzontale, è necessario riunificare governance e criteri di accesso per migliorare l'efficienza e l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali all'interno del sistema di welfare che oggi sono suddivisi in tre silos (INPS, SSN ed enti locali) con tre diversi criteri di accesso

MODELLO DI GOVERNANCE INTEGRATA

Gestisce efficacemente le interdipendenze tra sanità, servizi sociali e sociosanitari, ridefinendo competenze e responsabilità tra Stato, Regioni e aziende sanitarie per un sistema più coeso ed efficiente

AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ

L'autonomia gestionale delle aziende sanitarie deve fondarsi su un patto di responsabilità: libertà nell'organizzazione dei servizi con risultati aziendali misurabili e rendicontabili, nel rispetto dei principi di equità, qualità e sostenibilità del sistema sanitario pubblico

MOTORE DI SVILUPPO ECONOMICO E DI INNOVAZIONE

Assistenza sanitaria, ricerca scientifica e settore delle scienze della vita sono strettamente collegati e possono generare valore economico per il Paese. È fondamentale che il SSR contribuisca attivamente alle politiche di ricerca e innovazione, superando una gestione separata delle diverse aree (politiche "a silos"). È necessario definire chiaramente le priorità strategiche per lo sviluppo del SSR, identificando le aree di eccellenza da valorizzare e configurando il SSR come piattaforma capace di attrarre investimenti internazionali. Il SSN contribuisce allo sviluppo economico del Paese tramite ricerca e innovazione nel settore delle scienze della vita, valorizzando tecnologie avanzate come **l'intelligenza artificiale e il quantum computing**.

IL LAYOUT DELLA SANITÀ REGIONALE

La **Regione Piemonte** attua la propria programmazione sanitaria, la gestione delle risorse, e l'organizzazione dei servizi attraverso un **modello organizzativo a tre livelli al fine di assicurare una maggiore vicinanza ai bisogni locali**, con la possibilità di adattare i servizi sanitari alle specificità demografiche, geografiche, epidemiologiche e socio-economiche dei territori.

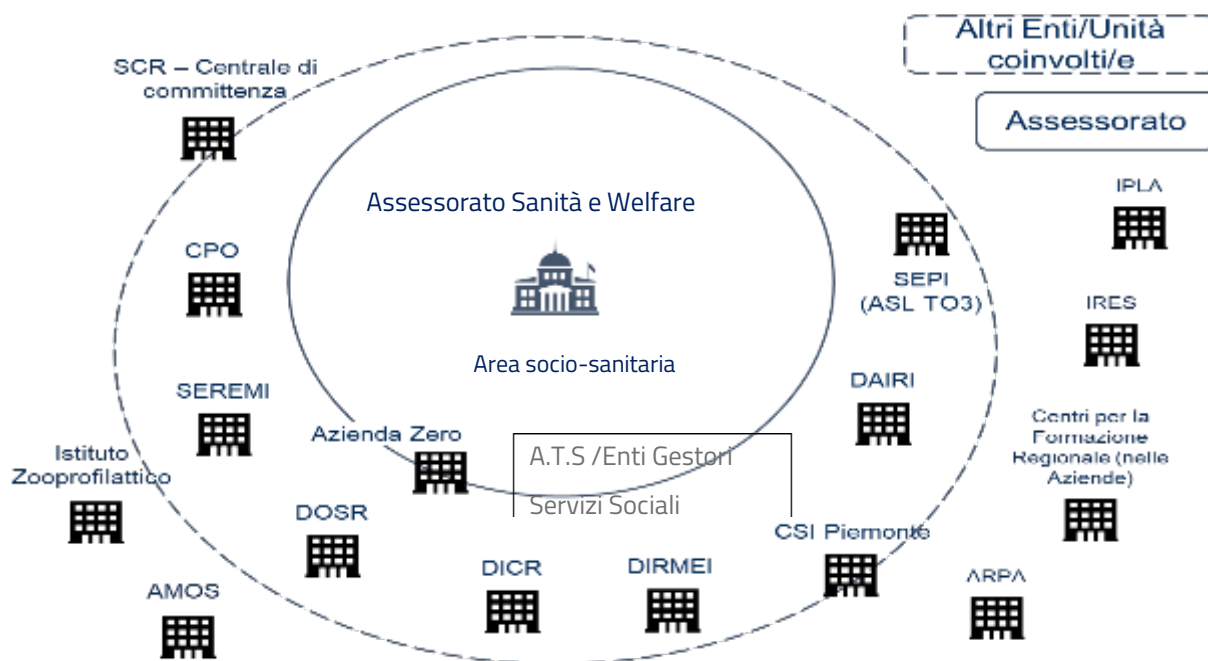


Figura: La sanità regionale regionale: sintesi della visione d'insieme

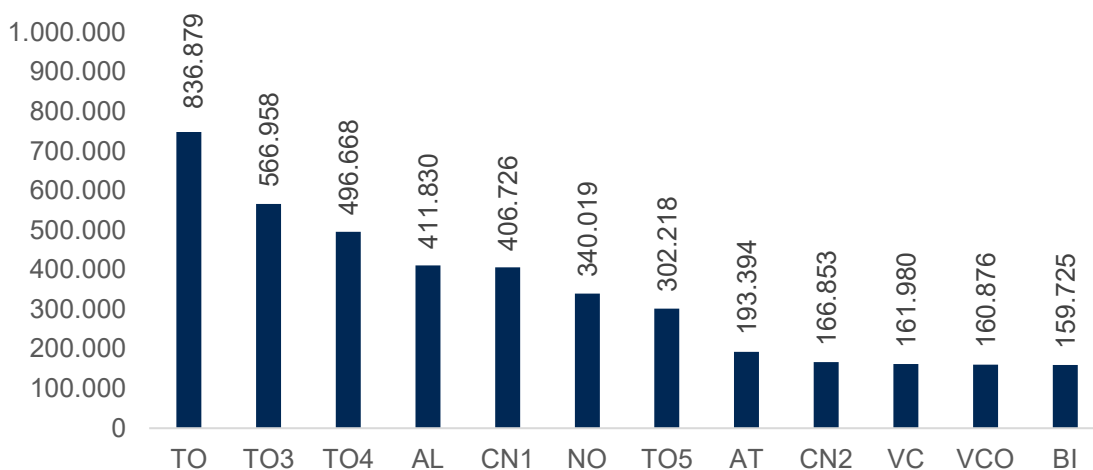


Figura: I bacini di utenza delle "aziende territoriali"

fonte: AURA - Archivio Unico Regionale degli Assistiti Piemonte (2024)

IL METODO DI LAVORO

Il metodo di lavoro adottato per l'elaborazione del piano si basa sui seguenti principi:

- utilizzo di **INDICATORI QUALITATIVI E QUANTITATIVI** aggiornati e sistematici, per comprendere le configurazioni e i risultati del SSR Piemontese e i processi di trasformazione in essere (approccio basato sulle evidenze)
- adozione costante di **PROSPETTIVE COMPARATIVE**, sia tramite il confronto del sistema piemontese con altre regioni italiane e/o nel contesto internazionale, sia tramite le comparazioni tra le diverse province piemontesi e, quando utile, tra i distretti (analisi delle differenze)
- utilizzo sistematico di **GOOD PRACTICE** come elementi di confronto, cioè le regioni con i migliori risultati e i contesti da cui è più utile apprendere (confronto con good practice)
- **VALORIZZAZIONE DELLE RILEVANTI INFORMAZIONI DISPONIBILI**, utilizzando la significativa quantità di dati strutturati e aggiornati di cui dispone la Regione e le sue Agenzie (in particolare il CSI e IRES) e i sistemi di valutazione nazionali attivati (Nuovo sistema di garanzia, Piano nazionale Esiti, ecc.) per disporre di solidi e riconosciuti sistemi valutativi (significatività delle metriche)
- **SINTESI DELLE POLITICHE SANITARIE GIÀ ATTIVE E DELIBERATE**, come il piano della prevenzione, il piano di rinnovamento della rete ospedaliera, il piano di sviluppo dei nuovi setting territoriali (ricomposizione delle politiche), gli interventi evolutivi del FSE 2.0
- **ANALISI DEI DATI DI SISTEMA E DELLE DINAMICHE AMBIENTALI ESTERNE e loro interrelazione**
- **PROIEZIONE NEL FUTURO DEI TREND INTERNI ED ESTERNI** per prepararsi agli scenari prospettici ragionevolmente attesi (proiezione nel futuro).

Questo approccio – la cui documentazione è disponibile on line nella sezione regionale “*studi organizzativi*” – ha permesso di valorizzare gli studi e le ricerche svolte da tempo dalla Regione, gli atti programmatici già attivi e in corso di attuazione (ad esempio, il piano dei nuovi ospedali, il piano di sviluppo dei servizi territoriali ex DM 77 in attuazione del PNRR, ecc.), le banche dati disponibili e le capacità di elaborazione presenti nell'ecosistema regionale, integrandoli con studi e ricerche di carattere nazionale e internazionale, elaborati sia da istituzioni pubbliche (OCSE, AGENAS, Ministero della Salute, ISS, ecc.) sia da enti di ricerca e università. In questo modo, è promosso il confronto con diversi centri di competenza, portatori di specifiche conoscenze, per giungere ad una diagnosi e visione d'insieme, a partire dai dirigenti del sistema e dai suoi stakeholder.



<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/organizzazione-strutture-sanitarie/studi-riorganizzativi>

La consapevolezza degli scenari prospettici consente di sviluppare una visione basata sull'analisi della situazione attuale e delle sfide in atto, per orientare politiche coerenti con bisogni, risorse e innovazioni. Questa visione integra e specifica le politiche sanitarie già approvate

2

ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO



ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

2.0

LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE PIEMONTESE

La popolazione del Piemonte si colloca leggermente sopra la media nazionale per **aspettativa** e **qualità della vita**, e sta attraversando un'**evoluzione dell'assetto demografico, caratterizzata da un progressivo innalzamento dell'età media**, un fenomeno che, sebbene rifletta una tendenza consolidata a livello nazionale, assume una particolare rilevanza per la Regione e per il suo sistema sanitario. In effetti, l'età media della popolazione Piemontese (47,9 anni) è superiore a quella di tutte le regioni benchmark, ad eccezione della Toscana. Inoltre, gli indicatori relativi all'invecchiamento della popolazione, come l'indice di vecchiaia (232), la dipendenza strutturale (61) e la dipendenza degli anziani (43), sono più elevati rispetto ad altri territori italiani.

LONGEVITÀ CRESCENTE

CONTRAZIONE DEMOGRAFICA

Il dato relativo all'invecchiamento della popolazione può essere analizzato anche a livello intraregionale. **Dal 2013 al 2023, l'età media è aumentata in tutte le province.** Anche l'indice di vecchiaia ha registrato valori molto elevati, con Biella che ha toccato il valore di 306,6 e Alessandria di 273, numeri che evidenziano come, in queste aree, il rapporto tra anziani e giovani sia fortemente squilibrato, circa di 3 a 1. Contestualmente, l'indice di dipendenza strutturale, che indica il rapporto tra la popolazione attiva e quella non attiva, continua a crescere, sottolineando l'esigenza sempre maggiore di risposte di policy per supportare la popolazione fuori dall'età lavorativa.

Le previsioni demografiche per la Regione mostrano un futuro caratterizzato dalla continua diminuzione della popolazione (tabella). Tra il 2023 e il 2050, si prevede una variazione del numero di abitanti, che passerà da 4.251.351 a 3.936.841, con una riduzione di oltre 300.000 residenti. Il saldo naturale, cioè la differenza tra nascite e decessi, continuerà a essere negativo, con una perdita di 28.427 persone nel 2023 e una previsione di -34.282 nel 2050. In questo contesto demografico complesso, il saldo migratorio complessivo contribuisce a contenere parzialmente il calo della popolazione: **nel 2023, il Piemonte ha registrato un saldo migratorio positivo** di 26.266 persone. Diverse province, tra cui Novara e Alessandria, hanno registrato un incremento dei tassi di crescita della popolazione straniera, rispettivamente +9,4 e +9,8 per mille abitanti.

Tabella - Previsioni demografiche: bilanci demografici dal 2023 al 2050 - scenario mediano

anno	popolazione al 1° gennaio	nati	morti	saldo naturale	saldo migratorio totale	saldo totale
2023	4.251.351	25.085	53.513	-28.427	26.266	-2.161
2030	4.208.147	26.858	56.917	-30.059	19.505	-10.554
2040	4.088.212	28.556	57.400	-28.844	15.727	-13.117
2050	3.936.841	26.001	60.283	-34.282	15.440	-18.843

Fonte: Istat, Demografia in cifre, 2023

I dati sulla composizione delle famiglie rivelano una chiara tendenza alla **frammentazione**, con un incremento delle famiglie unipersonali e una diminuzione di quelle con figli, un fenomeno che si inserisce nel contesto della riduzione demografica generale e che accompagna tutte le regioni italiane.

Infatti, le **coppie senza figli rappresentano una quota significativa delle famiglie** in tutte le regioni prese in considerazione, mentre le famiglie più numerose e composite rappresentano una minoranza.

Il fenomeno è particolarmente rilevato in Piemonte, dove le famiglie unipersonali superano rispettivamente il **38% del totale** (la media italiana è 34,4%).

**in aumento
le famiglie
unipersonali**

38%
**famiglie
unipersonali
Piemonte**

Piramide di età della popolazione Piemontese (anno 2024)

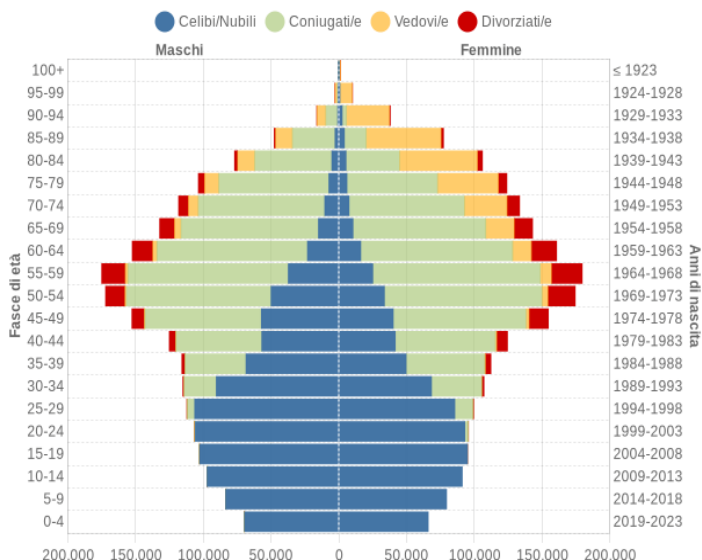
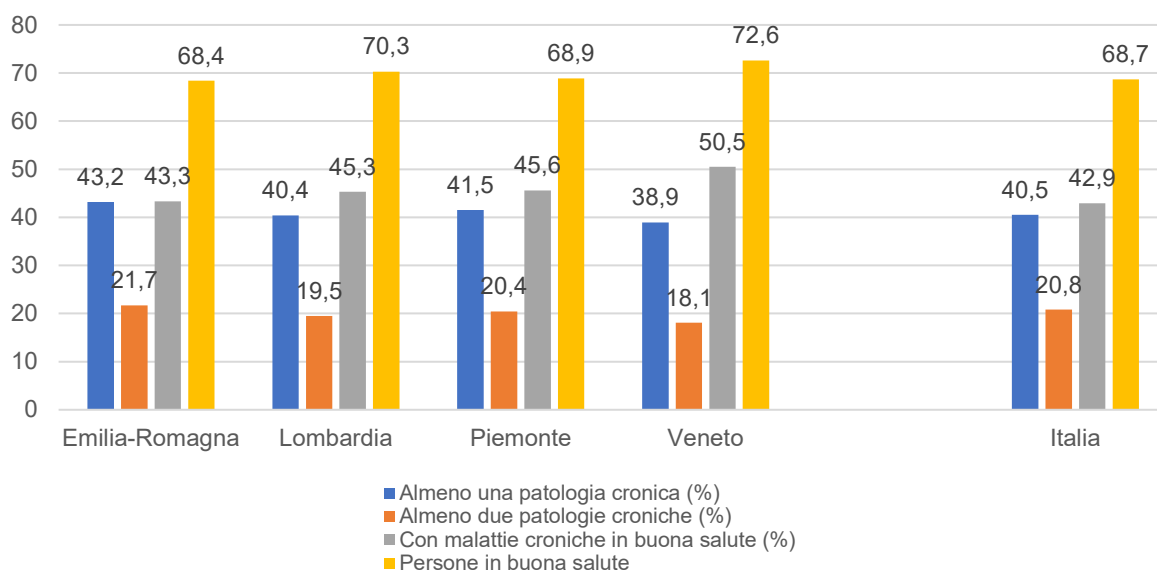


Tabella. Malati cronici con 6 anni o più in base alla provenienza geografica, ogni 100 persone con le stesse caratteristiche anno 2023



Fonte: ISTAT (2024)

Rispetto alla piramide di età della popolazione piemontese, vista la loro rilevanza, è opportuno approfondire **l'incidenza e la prevalenza delle malattie croniche**. Il fenomeno è naturalmente collegato all'innalzamento dell'età media della popolazione, ma è anche determinato da stili di vita poco salutari, come dieta scorretta, sedentarietà, consumo di alcol e tabacco. Le malattie croniche, come diabete, malattie cardiovascolari, artrite e malattie respiratorie, sono spesso accompagnate da comorbidità e multimorbidità, fenomeni che vedono le persone convivere con numerose patologie contemporaneamente. Questo implica un aumento significativo della complessità nella gestione della salute, con impatto diretto sulla qualità della vita dei pazienti e **CRESCENTE PRESSIONE SUL SISTEMA SANITARIO**.

Il sistema epidemiologico regionale, strutturato attraverso reti di sorveglianza consolidate (SerEMI, PREMAL, PASSI), ha garantito nel corso degli ultimi anni un monitoraggio efficace e tempestivo delle malattie infettive. Nel periodo pandemico, il Piemonte ha registrato un'incidenza cumulativa da COVID-19 inferiore alla media nazionale, pur con un impatto significativo in termini di mortalità tra le fasce più vulnerabili.

MALATTIE INFETTIVE E RESILIENZA DEI SISTEMI DI SORVEGLIANZA

SALUTE E AMBIENTE i determinanti esterni

I determinanti ambientali rivestono un ruolo sempre più centrale nelle politiche di salute. In particolare, gli effetti dei cambiamenti climatici – come le ondate di calore estive – hanno mostrato un impatto rilevante sulla salute della popolazione anziana, con aumento della mortalità nei mesi più caldi.

La lettura dei dati sanitari ed epidemiologici mostra l'esistenza di disuguaglianze territoriali e socioeconomiche nell'accesso ai servizi, nella prevenzione e negli esiti di salute. I diversi cluster sociali presentano livelli di literacy sanitaria divergenti, culture della salute disallineate e orientamenti verso setting di cura distinti anche in presenza di patologie identiche e allo stesso stadio di gravità. I dati medi nazionali ci indicano che una persona cronica laureata ha una probabilità di essere in buona salute pari al 65%, mentre una persona con il solo titolo di scuola elementare ha una probabilità del 30%, in presenza della stessa condizione sanitaria. Un esempio estremo di questa polarizzazione è la disparità nelle adesioni a programmi vaccinali o a screening sanitari.

Il contrasto a tali divari costituisce un asse prioritario della programmazione regionale, in coerenza con i principi del SSN e con gli obiettivi del PNRR.

EQUITÀ, COESIONE, RIDUZIONE DELLE DISUGUAGLIANZE

3

PRINCIPI E VALORI GUIDA



PRINCIPI E VALORI GUIDA

3.0

Il sistema sanitario regionale si basa su principi di universalità, equità e integrazione in una logica di appropriatezza. L'obiettivo è garantire continuità assistenziale, con una maggiore attenzione ai bisogni dei cittadini e alla personalizzazione delle cure. L'approccio è centrato sul paziente e si fonda sulla partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti. Il SSN rappresenta uno dei principali **beni collettivi** che costruiscono l'**identità della cittadinanza**, oltre a garantire una delle speranze di vita più alte a livello internazionale.

Il documento si ispira ai seguenti principi:

Universalismo

Garantisce l'accesso universale ai servizi sanitari, adattando la tutela sanitaria ai bisogni specifici di individui e comunità, senza discriminazioni economiche o sociali. Consentendo l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione.

Equità

Offre servizi proporzionati alle diverse necessità dei cittadini, garantendo equità geografica, risultati sanitari adeguati e concretizzazione dei diritti formali. Ovvero a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute

Globalità

Risponde in modo completo ai bisogni di salute durante tutto l'arco della vita, integrando aspetti sociali, psicologici e sociosanitari, con particolare attenzione alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

Centralità della persona

Valorizza l'umanizzazione, la partecipazione dei cittadini e il loro empowerment, con servizi personalizzati e coinvolgimento attivo delle comunità nella programmazione sanitaria. Passando da una logica a silos, per specialità, a un approccio multidisciplinare e paziente centrico alle cure

LE PRINCIPALI SFIDE

- il **quadro delle risorse disponibili per i sistemi europei** stretti tra bisogni crescenti a causa dell'invecchiamento della popolazione e la limitata possibilità di aumentare i finanziamenti
- la **radicale trasformazione del quadro epidemiologico**, con il 40% della popolazione affetta da patologie croniche, di cui il 6,5% anziani in condizioni di non autosufficienza, che richiedono servizi e competenze diverse rispetto al tradizionale posto letto ospedaliero per acuti
- il **rapido emergere di conoscenze e tecnologie disruptive**: la genetica che modifica il modo in cui si effettuano diagnosi e terapie, l'automazione e industrializzazione della diagnostica, la robotica in ambito chirurgico e riabilitativo, l'intelligenza artificiale che modificherà i processi decisionali e rendicontativi clinici
- la **trasformazione dei modelli di servizio e di consumo**: in tutti gli ambiti della vita, la popolazione è abituata ad accedere da remoto e a utilizzare piattaforme digitali (cultura, retail, viaggi, assicurazioni, banche)
- la **criticità del numero di personale e di vocazione**, nell'ambito delle professioni sanitarie, con particolare riferimento al personale infermieristico
- la **disponibilità di big data** e la capacità di analizzarli e visualizzarli. Questo consente di:
 - conoscere i consumi dei cittadini con elevata granularità
 - rilevare situazioni di *over e under treatment*
 - intervenire proattivamente laddove si ravvisi un potenziale pericolo o danno per il paziente
- la consapevolezza crescente che alcune alte specialità richiedono la **concentrazione di casistiche** per sviluppare la necessaria competenza clinica che garantisca ai pazienti la migliore efficacia clinica e sicurezza delle cure, imponendo la strutturale diffusione di logiche di servizi a rete

DAI BISOGNI ALLE SOLUZIONI

**informare e coinvolgere il cittadino
nel percorso di prevenzione e cura**

**armonizzare le prestazioni sanitarie e
ridurre il "consumismo sanitario"**

**usare in modo responsabile
le risorse disponibili**

**superare la attuale frammentazione del
welfare per rispondere a bisogni di salute
sempre più complessi e interconnessi**

**aumentare la coesione del SSR e gestire
efficacemente le interdipendenze con
servizi sociali e sociosanitari**

**PRESA IN CARICO
DEL PAZIENTE CRONICO**

MEDICINA DI INIZIATIVA

EFFICIENZA ED EFFICACIA

**GOVERNO UNITARIO DELLE
INTERDIPENDENZE ORIZZONTALI**

GOVERNANCE INTEGRATA

forte autonomia gestionale da parte delle Aziende Sanitarie Regionali (ASR) fondata su un patto di responsabilità: piena libertà nella organizzazione dei servizi, risultati misurabili, trasparenti e sostenibili

autonomia e responsabilità alle ASR

Si auspica una forte autonomia gestionale da parte delle Aziende Sanitarie, fondata su un patto di responsabilità: piena libertà nell'organizzazione dei servizi con risultati aziendali misurabili e rendicontabili, nel rispetto dei principi di equità, qualità e sostenibilità del sistema sanitario pubblico.

IL SSR COME MOTORE DI SVILUPPO ECONOMICO E DI INNOVAZIONE

Assistenza sanitaria, ricerca scientifica e settore delle scienze della vita sono strettamente collegati e possono generare valore economico per il territorio piemontese. È fondamentale che il SSR contribuisca attivamente alle politiche di ricerca e innovazione, superando una gestione separata delle diverse aree (politiche "a silos").

È necessario definire chiaramente le priorità strategiche per lo sviluppo del SSR, identificando le aree di eccellenza da valorizzare e configurando il SSR come piattaforma capace, anche, di attrarre investimenti internazionali. Contribuisce allo sviluppo economico del Paese tramite ricerca e innovazione nel settore delle scienze della vita, valorizzando tecnologie avanzate come l'intelligenza artificiale e il quantum computing.



LA MISSION

Il **sistema socio - sanitario piemontese** si conferma, nel panorama nazionale, come una delle espressioni più solide ed efficaci del Servizio Sanitario Nazionale. Nel tempo, ha saputo garantire livelli di performance costantemente superiori alla media nazionale, su tutte le principali dimensioni monitorate in modo sistematico.

Tuttavia, il contesto attuale è segnato da una **trasformazione profonda** e senza precedenti, che interpella con forza il sistema pubblico. Le sfide emergenti — demografiche, epidemiologiche, tecnologiche e sociali — impongono un ripensamento strutturale delle politiche sanitarie, dei modelli organizzativi, delle competenze professionali e delle metriche di valutazione dei risultati.

In questo scenario, **il Piemonte intende rafforzare la propria capacità di risposta, adottando una visione strategica orientata all'innovazione, all'equità e alla sostenibilità, in coerenza con i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale.**

**analizzare le sfide e proporre opportune azioni di sviluppo e cambiamento
nel rispetto di una prospettiva di lungo periodo**

Il Piemonte è caratterizzato da una popolazione sempre più anziana: oltre il 26% ha più di 65 anni, con un forte incremento delle malattie croniche e della domanda di assistenza a lungo termine

LA VISION

comprendere, analizzare e discutere queste trasformazioni, confrontarle con la situazione di partenza, decidere collettivamente le politiche sanitarie e socio - sanitarie e gli assetti per il futuro

In quest'epoca storica rimanere fermi significa regredire, deteriorare i servizi, perché progressivamente si disallineano ai processi di trasformazione dei pazienti, dei professionisti, delle tecnologie e delle risorse. Essere consapevoli del proprio punto di partenza, comprendere i processi trasformativi in corso per costruire insieme un futuro diverso, più coerente alle nuove conoscenze disponibili e quindi più efficace ed equo, è uno straordinario viaggio che può generare energia collettiva, ingaggiare gli stakeholder e valorizzare la motivazione di tutti i professionisti che si ingaggiano per la cura degli altri e della nostra comunità. Il Piano Socio-Sanitario presenta con una **chiara prospettiva di lungo periodo** la visione per sostenere lo sviluppo del Sistema Socio-Sanitario Piemontese per gli anni 2025-2030 ispirato, tra l'altro, a criteri di partecipazione, responsabilità e innovazione.

EQUITÀ E GEOGRAFIA DEI SERVIZI

PRINCIPALI STRUMENTI A CUI ATTRIBUIRE PRIORITÀ NELLA PROGRAMMAZIONE

Offrire i migliori esiti di salute possibili a tutti i cittadini del Piemonte in modo equo è la missione di fondo del SSR piemontese. Per raggiungere questo obiettivo che definisce il fine istituzionale e che ingaggia tutti gli stakeholder, occorre mettere i professionisti nelle migliori condizioni professionali possibili, garantendo crescita e sviluppo individuali e organizzativi, accesso alle migliori conoscenze e tecnologie disponibili.

Tutti gli attori coinvolti nel SSR – professionisti convenzionati, privato accreditato, fornitori di beni e servizi – possono e devono ritrovarsi in questa missione, che rappresenta l'orizzonte valoriale e culturale comune grazie al quale orientarsi, motivarsi e rigenerare costantemente idee, innovazione, crescita individuale e di sistema.

Oggi, l'equità deve essere intesa sempre più come equità degli esiti, cioè la garanzia di risultati di salute omogenei, e come equità delle cure, ovvero l'uniformità dei consumi sanitari per paziente a pari condizione di patologia e di stadio. L'equità nella sanità contemporanea e futura, dove alcune competenze e tecnologie fisiologicamente si concentrano, deve basarsi sull'equità degli esiti e dei consumi, anche se richiedono geografie di fruizione variabili.

Le evidenze di cui si dispone invitano a concepire una sanità dove si decentra e si rendono prossimi, in una concezione olistica, tutti i servizi erogativi di base, di prevenzione, di presa in carico, di orientamento, mentre si mettono in rete o si concentrano le prestazioni ad alta specializzazione e che richiedono soglie di casistica minima per disporre della massa critica necessaria per l'efficacia clinica, la sicurezza, la ricerca, la disponibilità di tecnologie di rilievo frequentemente rinnovate.

Nella prossimità, il cittadino o paziente deve trovare i programmi di prevenzione e di reclutamento precoce, la medicina generale, le prestazioni specialistiche di base, le cure domiciliari, i servizi territoriali specialistici (salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria infantile, consultorio, igiene e sanità pubblica) e la filiera socio - sanitaria (ADI, CdC, OdC, RSA), ecc.

All'opposto, per questioni critiche tempo dipendenti o complesse, anche il cittadino o paziente di un'area interna deve essere indirizzato al centro con le competenze cliniche coerenti alla sua patologia, non necessariamente quello più prossimo alla sua abitazione. Questa distanza deve essere gestita per garantire equità, mitigandola con mix di logiche di servizio da remoto, équipe degli hub di competenze integrati, reti tra ospedali hub e spoke.

Statisticamente, l'evento specialistico di rilievo compare poche volte nella vita e il tempo della cura è sempre più contenuto, per cui si tratta di una fatica ampiamente compensata da esiti più efficaci e più sicuri, nonché mitigata da moduli assistenziali pre e post specialistici di prossimità. Il principio dell'equità impone di valutare con attenzione quale sia l'ambito di cura più coerente con le esigenze del paziente, accompagnandolo al setting più efficace, sostenendo eventuali resistenze del paziente o dei caregiver, minimizzandone i costi.

Questo ovviamente richiede la costruzione di servizi sempre più in rete tra di loro, capaci di suddividersi le funzioni e i processi in base alla loro vocazione e competenza distintiva e un utilizzo di logiche multicanale di servizio in modo strutturato ed efficiente per operatori e pazienti.

L'equità deve considerare la crescente rilevanza dei differenziali di literacy tra i diversi cluster sanitari rispetto la capacità di accedere ai servizi, di partecipare ai programmi vaccinali o di screening, di essere aderenti alle terapie, di vivere in base a corretti stili di vita. Questo ci impone di differenziare i format, i linguaggi, le frequenze dei servizi in funzione della literacy e della responsività dei distinti cluster di pazienti o cittadini.

Le reti ospedaliere o territoriali, le reti per patologie, le reti tempo-dipendenti, così come le reti territoriali devono essere costruite e ispirate da questi principi.

L'APPROCCIO ONE HEALTH

Il principio di **One Health** rappresenta un approccio metodologico trasversale e sistemico, fondato sul riconoscimento dell'interconnessione tra salute umana, salute animale e salute dell'ambiente.

La Regione Piemonte adotta questa prospettiva come elemento strategico nella pianificazione socio - sanitaria, promuovendo la collaborazione interdisciplinare tra servizi sanitari, veterinari, ambientali e sociali. L'approccio One Health consente di affrontare con maggiore efficacia sfide complesse come la prevenzione delle zoonosi, la resistenza antimicrobica (AMR), i cambiamenti climatici e l'impatto delle attività antropiche sugli ecosistemi, valorizzando la sinergia tra competenze e dati provenienti da diversi settori.

L'integrazione operativa e informativa che One Health richiede è coerente con la logica dell'Ecosistema dei Dati Sanitari – EDS (cfr. par. 7.6) e delle nuove infrastrutture digitali regionali, abilitando modelli predittivi e azioni di sanità pubblica sempre più tempestive, personalizzate e sostenibili.

LA MEDICINA DI GENERE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la Medicina di Genere (MdG) come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, definite dal sesso, e socio-economiche e culturali, definite dal genere, sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

La MdG rappresenta un nuovo e necessario approccio metodologico che pone attenzione alle differenze definite dal sesso e dal genere in relazione a:

- studio delle cause di una malattia, del loro meccanismo di azione, della sintomatologia
- diagnosi
- prevenzione
- risposta al trattamento
- appropriatezza
- sicurezza e accesso alle cure

La MdG si basa sul principio legittimo di eguaglianza in base al quale tutte le persone – senza alcuna Discriminazione – hanno diritto a vedere pienamente tutelata la propria salute. L'eguaglianza promossa dalla MdG valorizza le differenze e le specificità, evidenziando come l'equità debba essere considerata un principio da applicarsi non solo all'accesso.

La Regione Piemonte intende promuovere e sviluppare ulteriormente questo approccio.

4

OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI STRATEGICI

4.0

La Regione considera le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere il perno e il fulcro del sistema. Con esse vengono attivati tramite la Direzione Sanità dei processi di coordinamento stabili, periodici e programmati, sia per condividere la programmazione, ma soprattutto **con il fine di discutere, in una logica di benchlearning, i risultati intermedi e finali raggiunti rispetto a quelli programmati**, ad esempio gli indici di efficienza, l'accessibilità ai servizi, l'appropriatezza in termini di omogeneità dei consumi per quadri epidemiologici equivalenti, per il raggiungimento dei target di prevenzione ed assistenza primaria, per il consumo di farmaci e dispositivi, per l'attivazione di reti cliniche inter-aziendale o forme di sinergia inter-aziendali nei servizi diagnostici e di supporto.

Il coordinamento tra Assessorato, Direzione Sanità e Aziende avviene a geografia variabile, sia collegialmente, sia per quadranti, sia per natura delle aziende (ASL vs Aziende Ospedaliere), di norma coinvolgendo anche le altre agenzie del sistema di governo centrale. Gli strumenti di lavoro comprendono indicazioni amministrative da condividere e concertare, report e analisi quantitative sui dati, processi di co-progettazione con gruppi di lavoro inter - aziendali, attività di audit clinici ed organizzativi.

L'attuale fase di forte cambiamento richiede momenti di condivisione, allineamento cognitivo e culturale, confronto costante per la crescita complessiva delle istituzioni del sistema.

POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Nel tempo, la Regione Piemonte ha dimostrato una significativa capacità di attivazione di ambulatori territoriali, sia pubblici che privati accreditati, affiancati dalla consolidata esperienza dei Centri di Assistenza a Valenza Sanitaria (CAVS), strutture intermedie dotate di posti letto. Proprio a partire da quest'esperienza, il legislatore nazionale ha tratto ispirazione per la definizione degli Ospedali di Comunità.

A questa rete di offerta — ampia, ma in parte frammentata nei 33 Distretti Sanitari — si aggiungono oggi i nuovi setting territoriali previsti dal DM 77/2022, recepiti dagli atti regionali e finanziati nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): 91 Case di Comunità (CdC), 30 Ospedali di Comunità (OdC) e 43 Centrali Operative Territoriali (COT).

Tali presidi, sebbene già finanziati, necessitano ora di un consolidamento sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Ciascuna Azienda Sanitaria Locale è chiamata a definire l'evoluzione di questi setting attraverso una programmazione strategica e organizzativa in grado di armonizzare le strutture preesistenti con le nuove realtà in fase di sviluppo.

Questa pianificazione dovrà garantire un equilibrio sostenibile tra le risorse disponibili e i bisogni specifici dei territori.

I setting assistenziali previsti dal DM 77 offrono differenti vocazioni funzionali, tra cui le Aziende possono operare scelte diversificate, anche a livello distrettuale, tenendo conto delle priorità locali, delle competenze professionali presenti e delle specificità storiche e organizzative dei diversi contesti.

91

CASE DI COMUNITÀ

30

OSPEDALI DI COMUNITÀ

43CENTRALI OPERATIVE
TERRITORIALI

GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

- **setting post-acuto** (step down) per pazienti dimessi dall'ospedale
- luogo di **rifunzionalizzazione per anziani fragili** e di **educazione alle cure per i caregiver** in accesso diretto (step up) dal domicilio,
- luogo di **prima presa in carico per anziani non autosufficienti** che necessitano di un inserimento in RSA

Il piano strategico aziendale, o altro documento programmatico locale, deve definire con chiarezza la vocazione funzionale di ciascun OdC, in coerenza con il quadro epidemiologico e assistenziale del territorio



LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

- **riduzione dei tempi di degenza impropria (bed blocking)**
- **integrazione tra servizi di salute mentale, dipendenze e specialistica ospedaliera**
- **sviluppo della filiera dell'assistenza agli anziani**
- pianificazione integrata della specialistica ambulatoriale, correlate con i PAI per i pazienti cronici

LE CASE DI COMUNITÀ

- **funzione erogativa:** prestazioni ambulatoriali per cronici e anziani fragili (OdC, ADI, riabilitazione, palliazione, dialisi), concentrazione di servizi dei dipartimenti specialistici territoriali: prevenzione, salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria infantile, consultorio materno-infantile...
- funzione **preventiva e proattiva** attraverso accesso, valutazione, reclutamento precoce e presa in carico, per assicurare l'effettiva fruizione dei servizi prescritti, in coordinamento con le COT, e la promozione dell'aderenza ai programmi di prevenzione e screening, della salute di comunità e della **medicina d'iniziativa**.




CURE DOMICILIARI
LE CURE DOMICILIARI

hanno la funzione di:

- erogare a domicilio tutti le prestazioni professionali necessari per le condizioni di salute del paziente impossibilitato a recarsi in ambulatorio
- promuovere le capacità di auto-cura dell'individuo e supportare la famiglia, trasmettendo eventuali competenze utili per autonomia di intervento
- favorire il recupero e il mantenimento delle capacità residue, per migliorare la qualità di vita e alla permanenza nel proprio ambiente di vita il più a lungo possibile

IL DISTRETTO

esercita la funzione di coordinamento e costruzione della rete socio-sanitaria e socio-assistenziale a livello locale, promuovendo l'integrazione tra i servizi sanitari e i servizi sociali degli enti locali, in collaborazione con gli altri distretti, gli erogatori pubblici e privati di prestazioni socio-sanitarie, le farmacie di servizio, le associazioni di volontariato e le realtà locali di advocacy.


DISTRETTO

La costruzione di una rete integrata sociosanitaria e socio-assistenziale richiede processi strutturati di co-programmazione, definizione condivisa e complementare di ruoli e funzioni, integrazione delle risorse (pooling) e presa in carico congiunta e continuativa degli utenti. Si tratta di un percorso progressivo, articolato e complesso, ma imprescindibile e sempre più necessario in un contesto caratterizzato da crescente solitudine e frammentazione delle famiglie, nonché da una compresenza di bisogni sanitari e sociali, con particolare rilevanza nelle aree più critiche e vulnerabili: salute mentale, dipendenze patologiche, disabilità adulte, non autosufficienza anziana. I soggetti della rete operano secondo modelli di finanziamento plurimi, che riflettono la natura mista e articolata del sistema dei servizi:

- finanziamento pubblico totale, in ambito sanitario e sociale
- finanziamento misto pubblico-privato, come nel caso delle RSA per anziani
- finanziamento prevalentemente privato, come avviene per le farmacie dei servizi
- risorse di comunità, mobilitate attraverso il volontariato e le reti di solidarietà sociale

In tale scenario, il Distretto assume un ruolo strategico nell'integrazione di risorse pubbliche, private e comunitarie, con l'obiettivo di ricomporre l'offerta in un quadro coerente e accessibile, a beneficio degli utenti e della qualità complessiva dell'assistenza. Parallelamente, le ASL dispongono oggi di una rilevante opportunità per riorganizzare, qualificare e adattare l'offerta territoriale ai bisogni emergenti e alle caratteristiche specifiche dei singoli contesti.

In particolare, è necessario definire quali e quanti spazi fisici e funzionali sviluppare e mantenere sul territorio, attribuire a ciascuno di essi una vocazione distintiva e svolgere appieno la funzione di committenza attraverso la definizione e formalizzazione degli accordi contrattuali da sottoscrivere tra l'ASL e AO/AOU, secondo un modello sinallagmatico fondato su obbligazioni reciproche e obiettivi di salute condivisi.

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

4.2

Il **tasso di ospedalizzazione** in Piemonte è pari a **112 ricoveri per mille abitanti**, un valore lievemente superiore rispetto a quello registrato in Veneto (106) e Lombardia (104), ma in linea con la media nazionale. La **mobilità sanitaria interregionale** risulta sostanzialmente in **equilibrio**, con un bilanciamento tra i flussi in entrata e in uscita, a conferma della capacità attrattiva del sistema ospedaliero regionale. L'**offerta ospedaliera** si caratterizza per una certa **frammentazione**, legata alla **presenza diffusa di presidi ospedalieri di piccole dimensioni**, che in alcuni casi determinano bassi volumi di attività. Tuttavia, tale criticità appare meno marcata rispetto alla media nazionale.

112TASSO DI
OSPEDALIZZAZIONE
PER 1000 ABITANTI

Alla luce di questo scenario, si rende necessario un **percorso di revisione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera**, con particolare riferimento ai **presidi di piccole o piccolissime dimensioni**, per i quali è fondamentale procedere a una ridefinizione chiara della vocazione funzionale, attraverso un **processo di concertazione con gli attori territoriali**, basato sull'analisi dei bisogni di salute, dei flussi assistenziali e dei criteri di appropriatezza ed efficienza.

La concentrazione delle casistiche nella rete ospedaliera piemontese mostra alcune criticità, sia in determinate aree specialistiche che in alcune aree geografiche, con livelli minimi di casistica inferiori alla soglia necessaria per garantire adeguata competenza clinica e sicurezza. In particolare, specialità come la chirurgia oncologica, la cardiocirurgia e la neurologia mostrano una distribuzione della casistica da ottimizzare, in alcuni casi in modo significativo. Un'ulteriore criticità riguarda le reti tempo-dipendenti. A livello territoriale, le aree che presentano ancora un'elevata frammentazione tra presidi ospedalieri sono quelle di Alessandria e del Torinese con conseguenti ricadute sull'efficienza, sulla qualità e sull'equità dell'offerta assistenziale.

La Regione Piemonte intende valorizzare l'eccellenza clinica attraverso investimenti tecnologici e infrastrutturali già deliberati, all'interno delle progettualità di edilizia ospedaliera già pianificate

Le Aziende Ospedaliere devono consolidare la propria capacità di attrazione dei pazienti anche da altre Regioni e il peso del case mix della casistica trattata. Al contempo la Regione, **preservando i LEA su tutto il proprio territorio e di concerto con le realtà locali**, punterà a ridefinire la vocazione dei piccoli ospedali, orientandoli su attività cliniche in armonia con lo sviluppo della rete dei servizi territoriali, considerandoli parte del piano strategico di sviluppo dei

PRINCIPIO GUIDA NELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA: ASSICURARE CHE OGNI PAZIENTE SIA ESPOSTO AD UNITÀ OPERATIVE CHE GARANTISCANO COMPETENZA CLINICA, SICUREZZA E AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO

In contesti di dimensioni aziendali contenute, questo impone di sviluppare sinergie operative inter aziendali tramite la valorizzazione le vocazioni specifiche dei singoli presidi e rafforzando modelli di rete ospedaliera Hub&Spoke o HubVSSpoke.

- **MODELLO HUB & SPOKE**

ogni presidio della rete ospedaliera interaziendale detiene alcune specialità per cui opera come hub di area vasta, mentre per altre agisce come spoke, garantendo nel complesso della rete armonia e completezza determinata dalla complementarietà delle vocazioni

- **MODELLO HUB VERSUS SPOKE**

un presidio ospedaliero si occupa delle procedure più specialistiche e dei pazienti più complessi, mentre gli spoke mantengono una vocazione generalista, offrendo prestazioni pre e post specialistiche in un'ottica di prossimità, riducendo la necessità di spostamenti dei pazienti

Le reti ospedaliere inter-aziendali sono organizzate su base quadrantale, con l'obiettivo di garantire prossimità, efficienza e integrazione dell'offerta ospedaliera tra aziende sanitarie contigue. Fanno eccezione le altissime specialità per le quali è necessario un bacino regionale al fine di assicurare un'adeguata massa critica di casistica, come nel caso delle attività di trapianto. Il Tavolo di coordinamento inter-aziendale di quadrante, coordinato dalla Direzione Sanità, ha il compito di consolidare le reti cliniche e tempodipendenti, assicurando che ogni nodo della rete garantisca i volumi minimi di attività necessari a mantenere la competenza clinica, l'appropriatezza degli interventi e l'efficacia organizzativa. Lo sviluppo dell'appropriatezza clinica e organizzativa e la coerenza del sistema di erogazione dovranno essere supportati in modo sistematico attraverso:

- **MONITORAGGIO CONTINUO DELLA CASISTICA** trattata per disciplina e per struttura
- **ANALISI DEI DIFFERENZIALI DI CONSUMO** tra i diversi ambiti territoriali
- **STUDIO DEI CASE MIX** prevalenti
- **VERIFICA DELL' EQUITÀ DI DISTRIBUZIONE** dell'accesso alle prestazioni e dei



AZIONI IN CORSO:

consolidare reti inter - aziendali

AZIONI IN CORSO:

riorganizzare OIRM Regina Margherita e S. Anna

I bisogni assistenziali del'area pediatrica e ostetrico-ginecologica si sono progressivamente evoluti, diventando sempre più complessi. È quindi necessaria una risposta organizzativa capace di integrare competenze, tecnologie e risorse per garantire servizi dedicati, ad alta specializzazione, innovativi e competitivi, in grado di rispondere efficacemente alle nuove esigenze cliniche e sociali.

Il modello di sviluppo dell'AO OIRM prevede una stretta integrazione con l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (CDSS), sia dal punto di vista fisico che funzionale. Attigua alla nuova sede della CDSS in corso di realizzazione, è intenzione edificare una nuova struttura destinata a ospitare l'OIRM. Tale edificio sarà fisicamente collegato alla CDSS, creando un sistema sanitario integrato ad alta specializzazione. All'interno della nuova sede della CDSS sono già previsti gli spazi destinati ad accogliere l'attività ostetrico-ginecologica attualmente svolta dal Presidio Sant'Anna. In particolare, tali attività troveranno collocazione nella cosiddetta "Torre", che ospiterà le degenze, gli ambulatori, le sale parto e gli spazi operatori dedicati, garantendo la piena integrazione con i servizi di diagnostica e terapia oncologica della CDSS. L'utilizzo di spazi e tecnologie (incluse apparecchiature e risorse farmaceutiche) sarà condiviso e disciplinato attraverso convenzioni e dipartimenti interaziendali. Parallelamente, si procederà alla modifica della normativa regionale istitutiva dell'Azienda OIRM, prevedendo l'inclusione del Presidio Sant'Anna e la costituzione della nuova Azienda OIRM-Sant'Anna, che avvierà formalmente le proprie attività a partire dal 1° gennaio 2026. In tale prospettiva, l'attuale PO Sant'Anna continuerà a operare all'interno della CDSS fino al completamento della transizione, formalizzando e consolidando i rapporti di collaborazione già esistenti con l'OIRM.

Le attività ostetrico-ginecologiche, inclusa la ginecologia oncologica (con esclusione della Breast Unit, che continuerà a operare nella CDSS), confluiranno nella nuova Azienda OIRM-Sant'Anna, e successivamente nel costituendo IRCCS OIRM-Sant'Anna. Il nuovo Istituto si configurerà come un polo materno-infantile di riferimento nazionale, ispirato a modelli consolidati come il Gaslini di Genova o il Burlo Garofolo di Trieste, con un'identità riconoscibile quale "Mamma/Bambino" o "Donna/Bambino".

La collocazione della componente ostetrico-ginecologica nella "Torre" della nuova CDSS risponde alla necessità di garantire continuità clinico-assistenziale e stretta connessione funzionale con i servizi ad alta complessità della Città della Salute, ma la titolarità giuridica e gestionale delle attività sarà in capo al futuro IRCCS OIRM-Sant'Anna.

AZIONI IN CORSO: ottimizzare rete dei punti nascita

Nel contesto dei punti nascita si rileva una **significativa mobilità intraregionale**, che impatta in modo particolare sulle aree di riferimento di tali presidi ospedalieri. Gli interventi previsti mirano a una **maggiore ottimizzazione della rete** dei punti nascita, con una valutazione attenta della **variazione geografica del territorio piemontese** e il costante impegno a garantire l'erogazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** in tutte le aree. Il principio guida della programmazione è quello di **CONCENTRARE I RICOVERI NELLE STRUTTURE CON MAGGIORI COMPETENZE**, al fine di assicurare sempre il più elevato livello di **perizia clinica** e di **sicurezza** per le pazienti e i neonati, con conseguenti miglioramenti negli esiti di salute.

La Regione Piemonte presenta alcuni punti di forza nelle proprie reti di Emergenza - Urgenza (traumatologica, neonatologica cardiologica, ictus), tra cui un'elevata densità dell'offerta sul territorio e un basso tasso di abbandono dei pazienti. Tuttavia, le casistiche attualmente gestite non risultano sempre allineate con la programmazione nazionale relativa ai diversi livelli di intensità assistenziale da garantire nelle strutture di Pronto Soccorso (PS).

Si rende quindi necessario ripensare il sistema di Emergenza-Urgenza per renderlo più appropriato, sostenibile, efficiente ed efficace da un punto di vista dell'esperienza degli utenti e dello sviluppo professionale dei professionisti. Sono in corso delle riflessioni sul modello da adottare per il futuro in base alle varie esperienze nazionali.

AZIONI IN CORSO: ripensare il sistema di Emergenza - Urgenza

DIGITALIZZAZIONE E RAFFORZAMENTO DEL FASCICOLO 2.0

La digitalizzazione rappresenta un tema in rapida evoluzione all'interno di tutto il Servizio Sanitario Regionale (SSR), per il quale, tuttavia, non sono ancora disponibili flussi dati consolidati e si osserva una prevalenza di progetti in fase di avvio su scala nazionale. In tale contesto, il confronto interregionale presenta inevitabili elementi di complessità e criticità.

Nonostante ciò, il Piemonte si colloca in una posizione favorevole rispetto ad altre regioni nell'ambito degli investimenti previsti dalla Missione 6 del PNRR, grazie a una programmazione avanzata e a iniziative già avviate in diversi ambiti della sanità digitale. In particolare, il SSR piemontese si distingue per:

- Investimento 1.2.3 – Componente 1: **“Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”**
Il Piemonte ha già avviato l'attivazione di infrastrutture regionali per i servizi minimi di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio), posizionandosi tra le regioni con maggiore copertura e integrazione delle soluzioni digitali a supporto della gestione domiciliare e ambulatoriale dei pazienti cronici.
- Investimento 1.1.1 – Componente 2: **“Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”**
Il potenziamento digitale dei presidi ospedalieri DEA di I e II livello in Piemonte è in fase avanzata, con importanti interventi di ammodernamento tecnologico che consentono di migliorare l'efficienza e la qualità delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza.
- Investimento 1.3.1 – Componente 2: **“Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati (FSE)”**
Il Piemonte sta lavorando per rendere il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) un punto di accesso centrale e integrato per i servizi sanitari, con l'obiettivo di garantire la piena disponibilità di dati strutturati a tutti gli operatori sanitari e amministrativi, rafforzando così la governance e la programmazione basata su evidenze.

Il Piemonte è in una posizione di leadership relativa nel processo di digitalizzazione sanitaria, pur restando necessari ulteriori sforzi per consolidare e uniformare l'adozione delle tecnologie digitali su tutto il territorio regionale, con riferimento anche all'utilizzo degli strumenti da parte degli operatori sanitari

PROCUREMENT E LOGISTICA

L'evoluzione delle tecniche e delle tecnologie permette di **centralizzare e industrializzare numerose funzioni sanitarie**, aumentando contestualmente efficacia, sicurezza ed efficienza, senza compromettere la comodità e la qualità della fruizione per gli utenti.

Questo processo riguarda sia funzioni cliniche, quali la diagnostica di laboratorio (laboratori analisi, anatomia patologica, radiologia, ecc.), sia funzioni di supporto organizzativo, come il trasporto sanitario e la gestione dei magazzini. Nel Servizio Sanitario Regionale Piemonte esistono numerosi esempi virtuosi in tale ambito.

In particolare, alcune aree hanno adottato **buone pratiche consolidate**, tra cui la **centralizzazione dei laboratori analisi**, la **centralizzazione della logistica farmaceutica** e l'impiego della **digital pathology**, che consente di erogare servizi diagnostici specialistici in modalità centralizzata, garantendo al contempo elevati standard qualitativi e tempi di risposta ridotti.

CENTRALIZZARE LE FUNZIONI diagnostica digital pathology logistica del farmaco

IL VALORE AGGIUNTO

Il valore aggiunto di queste iniziative riguarda:

- i professionisti, che operano in ambienti con tecnologie più avanzate
- i pazienti, che beneficiano di servizi più efficaci, di alta qualità e specializzazione
- il SSR stesso, che trova soluzioni più efficienti e più attrattive per i professionisti e i fornitori

Per i pazienti, i servizi risultano più accessibili: ad esempio nel caso della somministrazione personalizzata di farmaci o della possibilità di ottenere esami e referti complessi, pur avendo la possibilità di effettuare i prelievi nel punto più vicino a casa e di ricevere i referti comodamente sui propri dispositivi.

A tal fine, la Regione definisce un piano pluriennale di sviluppo, stabilendo priorità e soggetti attuatori, che potranno essere reti di aziende per aree vaste o agenzie centrali come Azienda Zero, a seconda delle caratteristiche specifiche delle funzioni da riorganizzare.

Il procurement e la logistica di beni e servizi rivestono un ruolo di grande rilevanza nelle aziende sanitarie, in quanto fondamentali per assicurare la disponibilità tempestiva delle risorse necessarie per il funzionamento quotidiano, garantendo condizioni di efficienza operativa e di qualità dei servizi offerti ai pazienti.

Il procurement e la logistica di beni e servizi rivestono un ruolo di grande rilevanza nelle aziende sanitarie, in quanto fondamentali per assicurare la disponibilità tempestiva delle risorse necessarie per il funzionamento quotidiano, garantendo condizioni di efficienza operativa e di qualità dei servizi offerti ai pazienti.

Sui temi della logistica, alcuni settori accusano ritardi rispetto ad altri settori produttivi dove è ormai da tempo riconosciuta l'importanza strategica di questa funzione. Tale ritardo può essere, almeno in parte, spiegato dalla maggiore complessità che caratterizza la gestione dei flussi logistici all'interno delle aziende sanitarie, legata ad aspetti di rilevante complessità.

Le aziende sanitarie si trovano a dover gestire almeno tre macro - categorie di beni caratterizzati da logiche ed esigenze gestionali differenti:

- farmaci
- presidi medici chirurgici (dispositivi medici e materiale sanitario)
- beni economici, tra cui:
 - carburanti
 - cancelleria, carta e stampati
 - prodotti alimentari
 - materiale tecnico
 - materiale di igiene
 - materiali di supporto informatico

Come naturale conseguenza di questa diversità di beni da gestire, la responsabilità organizzativa della funzione logistica risulta spesso frammentata e dispersa tra più Unità Organizzative con evidenti problemi di coordinamento e integrazione. Molteplici unità hanno, a vario titolo, responsabilità sulla logistica nelle aziende sanitarie tra cui:

- farmacia
- acquisti
- logistica
- sistemi informatici
- reparto

la logistica ha un impatto rilevante sulla qualità e sicurezza dell'assistenza erogata ai pazienti: questa rilevante interdipendenza rende ancora più importante la progettazione e la gestione di un sistema logistico efficace e dinamico

INVESTIMENTI TECNOLOGICI ED EDILIZIA SANITARIA

Lo sviluppo tecnologico riguarda simultaneamente:

- il rinnovo e la ridefinizione del portafoglio delle grandi apparecchiature
- lo sviluppo dei nuovi sistemi informativi e la conseguente raccolta sempre più sistematica e strutturata di dati da trasformare in informazioni da diffondere perché utili per le decisioni cliniche o gestionali
- l'introduzione di nuove logiche e strumenti clinici ed operativi basati sull'AI

AZIONI IN CORSO:

investimenti e strategie di rinnovamento

La dotazione tecnologica delle strutture sanitarie piemontesi appare adeguata in termini comparativi, ma si conferma la necessità di strategie di rinnovamento costanti, distribuite nel tempo in modo sostenibile, e sviluppate secondo logiche di programmazione sovraziendale in una logica di rete ospedaliera.

Una considerazione fondamentale che emerge dall'analisi del contesto piemontese riguarda la necessità imprescindibile di garantire l'appropriatezza tecnologica e il rinnovamento delle dotazioni, in particolare per quanto riguarda le grandi apparecchiature diagnostiche e terapeutiche

la Regione Piemonte si impegna a rafforzare gli investimenti in tecnologia e, al tempo stesso, promuove una maggiore responsabilizzazione delle strutture aziendali nella definizione delle scelte in coerenza alle vocazioni dei singoli presidi e delle loro unità operative.

Pertanto, analizzare i dati relativi alla dotazione di tecnologie biomediche e sanitarie in Regione Piemonte è dunque un passaggio fondamentale per definire **strategie di programmazione territoriale, stabilire priorità negli investimenti e delineare politiche di acquisizione tecnologica**.

Queste ultime possono basarsi su diversi gradi di centralizzazione della domanda o, alternativamente, sulla valorizzazione delle vocazioni specialistiche delle aziende sanitarie e ospedaliere.

dati AGENAS 2023: il Piemonte è relativamente ben fornito in termini di tecnologie avanzate, come le risonanze magnetiche e i tomografi computerizzati di alta gamma.

La distribuzione dei fondi previsti dalla **Misura 6 del Next Generation EU, come delineata nel PNRR nazionale, costituisce un'opportunità straordinaria per l'adeguamento tecnologico delle strutture sanitarie** italiane, mirando a modernizzare e potenziare l'intero sistema sanitario. Il piano di finanziamento per la Regione Piemonte prevede l'acquisizione di un numero considerevole di grandi apparecchiature, con particolare attenzione agli ecotomografi e ai sistemi radianti, strumenti fondamentali per migliorare la diagnostica e l'efficacia dei trattamenti. Questi investimenti puntano a colmare il divario tecnologico e a garantire che le strutture sanitarie siano in grado di rispondere in maniera adeguata alle esigenze di salute della popolazione.

Gli investimenti infrastrutturali approvati da Regione puntano a:

- **ottimizzare i posti letto** in dote alle aziende
- **concentrare maggiormente la rete di offerta** e aumentare la **saturazione della capacity**
- prevedere un'offerta di spazi territoriali coerente con quanto disposto dal DM 77/2022, da inserire in un più ampio ragionamento di integrazione dell'offerta rispetto a spazi ambulatoriali e CAVS già presenti nel territorio piemontese.

Un importante sforzo programmatico si focalizza sul tema dell'**EDILIZIA SANITARIA**

L'Assessorato si impegna a garantire coerenza tra vecchi e nuovi building nell'ambito della configurazione di offerta per quadrante/aree vaste e a definire accuratamente la dotazione di tecnologie e grandi apparecchiature, evitando duplicazioni e garantendo l'adeguata coerenza rispetto ai fabbisogni nell'ambito dei piani ospedalieri integrati

Il programma di edilizia sanitaria comporta la realizzazione di 11 nuovi ospedali, 4 rigenerazioni o ampliamenti, 91 case di comunità, 30 ospedali di comunità e oltre a 43 centrali operative territoriali per un duraturo miglioramento strutturale della sanità pubblica piemontese.

Una considerazione fondamentale che emerge riguarda **l'importanza di un potenziamento delle analisi dell'effettivo fabbisogno, basato su logiche evidence-based e analisi strutturate**, ed eventualmente della relativa dotazione di risorse delle aziende sanitarie e ospedaliere regionali, al fine di garantire l'appropriatezza tecnologica e il rinnovamento delle dotazioni, in particolare per le grandi apparecchiature diagnostiche e terapeutiche.

Per garantire un Sistema Sanitario Regionale più efficiente e sostenibile, la Regione Piemonte si impegna a rafforzare gli investimenti in tecnologia e strutturali, al tempo stesso, promuovere una maggiore responsabilizzazione delle strutture aziendali nella definizione delle scelte, nella gestione delle priorità e nelle valutazioni economiche, sviluppando le attività di HTA coordinate dalla Direzione Sanità.

11

NUOVI OSPEDALI

91NUOVE CASE DI
COMUNITÀ**30**OSPEDALI DI
COMUNITÀ**43**NUOVE CENTRALI
OPERATIVE
TERRITORIALI

LISTE E TEMPI DI ATTESA

Le ASR registrano importanti differenziali di consumo nelle prestazioni specialistiche (diagnostica, visite, esami di laboratorio, ecc.) anche a fronte di quadri epidemiologici omogenei. Con differenti tassi e momenti di caduta nel processo di accesso ai servizi, le differenze riguardano:

- il prescritto per abitante
- il prenotato
- il consumo

ATTIVITÀ IN CORSO aggiornare il Piano di Governo delle liste di attesa

La sistematica rilevazione di queste informazioni è un punto di forza che ha raggiunto il sistema socio - sanitario Piemontese. Queste differenze contribuiscono a spiegare anche i differenziali di liste di attesa nei diversi territori, palesando come negli ambiti in cui si rilevano situazioni di iper-consumo, le attese siano più lunghe. La rilevante evidenza che la Regione è riuscita a produrre aiuta a comprendere quando la lista di attesa deve essere governata aumentando la produzione e quando invece vi sono problemi di appropriatezza prescrittiva. La Regione intende consolidare ulteriormente un processo stabile e sistematico che coinvolge le aziende sanitarie per monitorare regolarmente questi dati, attivare processi di confronto e apprendimento reciproco, per promuovere la convergenza dei consumi sanitari in coerenza alle migliori evidenze scientifiche e ai quadri epidemiologici rilevati.

L'aggiornamento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per le visite e le prestazioni e per i ricoveri costituisce un impegno che si riflette su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni. Il Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e specialisti, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie.

A seguito de recepimento della Legge e n. 107, recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" è stata istituita l'Unità Centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa", con la nomina del **Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS)** e con l'istituzione dell'**Organismo regionale di verifica e controllo** sulle liste e sui tempi di attesa. In tale contesto le azioni di sviluppo prevedono l'assessment sistematico del rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime, nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e il controllo sull'avvenuto adempimento anche per quanto riguarda i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio, con le specifiche azioni correttive.

POTENZIAMENTO ACCESSIBILITÀ TERRITORIALE IL “CORPO LOGISTICO SANITARIO PIEMONTESE”

L'accessibilità ai servizi sanitari rappresenta una priorità trasversale per il sistema sanitario regionale, particolarmente rilevante nel contesto demografico ed orografico del Piemonte. La riduzione delle disuguaglianze di accesso, in particolare per le fasce più fragili e per le aree interne e montane, è condizione essenziale per garantire l'effettiva esigibilità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il contenimento dell'abbandono delle cure e il pieno sviluppo del nuovo modello di sanità territoriale delineato dal PNRR. Dati consolidati (ISS, 2023) indicano che **oltre il 7% degli over 65 rinuncia alle cure per difficoltà logistiche**, dato confermato dalle numerose segnalazioni pervenute all'Assessorato regionale, di cui circa il 45% nel primo trimestre 2025 ha riguardato **l'impossibilità di raggiungere la sede della prestazione**: queste criticità appaiono ancor più rilevanti in aree periferiche o non servite da adeguati collegamenti pubblici.

In questo contesto si colloca il progetto “Corpo Logistico Sanitario Piemontese” (CLSP), promosso dall'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte. Esso mira alla costituzione di una rete strutturata, coordinata e stabile di volontariato sanitario, dedicata al trasporto semplice e all'accompagnamento protetto di pazienti presso strutture ospedaliere e territoriali, per prestazioni sanitarie o sociosanitarie programmate.

Il CLSP si ispira a buone pratiche già sperimentate a livello locale (es. progetto “Pulmino Amico”) e si pone in sinergia con il nuovo CUP unico regionale, il sistema delle Centrali Operative Territoriali (COT) e le Case della Comunità. Con il CLSP si intende perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere l'accesso equo e continuativo ai servizi sanitari, riducendo il rischio di abbandono delle cure
- rafforzare il ruolo del volontariato sanitario organizzato come parte integrante della rete di offerta
- sviluppare un modello di trasporto sanitario semplice, distinto dal trasporto sanitario in emergenza-urgenza, fondato su accompagnamento, programmazione e prossimità
- favorire l'integrazione tra sistema sanitario, sociale e terzo settore, valorizzando le esperienze locali e promuovendo percorsi di coprogettazione
- implementare strumenti digitali per la gestione dei flussi (prenotazioni, logistica, tracciabilità)

Il Corpo Logistico Sanitario Piemontese rappresenta un'iniziativa strategica, strutturale e sostenibile per rispondere a bisogni sociali e sanitari non ancora coperti, con un impatto rilevante in termini di equità, efficienza, prossimità e valorizzazione delle comunità locali. L'integrazione con il sistema sanitario regionale lo rende una leva importante per l'effettiva implementazione della sanità territoriale post-pandemia

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La prevenzione si articola in tre aree:

- la **crescita della literacy sanitaria dei cittadini** e la conseguente adozione di corretti stili di vita, la consapevolezza dei diritti e dei servizi disponibili
- **vaccinazioni e screening**
- **reclutamento precoce** dei pazienti, in particolare quelli cronici e fragili e il sostegno alla loro aderenza ai percorsi di cura
- per coinvolgere fasce sempre più ampie di popolazione, i percorsi di screening usciranno dai luoghi canonici di erogazione sanitaria. Come accaduto, con successo, nel 2025 a Torino si allestiranno postazioni mobili nei parchi e nelle piazze di tutta la regione, in giorni festivi dedicati

La Regione Piemonte registra tassi significativi in termini di adesione a vaccinazioni e screening, con differenze territoriali rilevanti. Gli stili di vita, in particolare sedentarietà, fumo e consumo di alcol, si collocano nella media nazionale, ma risultano migliorabili, con variabilità tra territori.

È in corso di consolidamento il ruolo cruciale dei Dipartimenti di Prevenzione. Oltre a essere osservatori epidemiologici, programmatori locali ed erogatori di prestazioni dirette, devono diventare consulenti e interlocutori chiave per altri servizi e istituzioni. La crescita della *literacy* sanitaria può essere più efficace attraverso social media, luoghi di lavoro, supermercati e scuole. I Dipartimenti di Prevenzione sono i centri in cui sono raccolte le competenze che possono attrezzare queste agenzie diffuse di influenza delle consapevolezze dei cittadini. Allo stesso modo, il reclutamento precoce dei pazienti avviene in pronto soccorso, negli ambulatori degli MMG, nelle visite specialistiche: si tratta di attivare processi di *nudging* per i professionisti, metriche, canali di invio strutturati affinché ciò avvenga. Il ruolo che possono giocare trasversalmente i dipartimenti di Prevenzione è sempre più rilevante. I piani strategici aziendali delle ASL devono adempiere e realizzare questo ruolo trasversale che può irradiare competenze e soluzioni operative innovative alle diverse partizioni aziendali. La multicanalità e i nuovi linguaggi digitali devono diventare una leva per le politiche preventive, anche con l'adozione di un approccio "One Health". L'invio di lettere cartacee è sempre più costoso e inefficace: occorre modificare radicalmente i canali e i format comunicativi, adattandoli ai target da raggiungere: giovani, 50enni lavoratori e lavoratrici all'esordio delle patologie croniche, anziani, differenziati per area geografica e livello di istruzione. I differenziali di risultati tra aziende in termini di tassi vaccinali, di screening effettuati e di stili di vita della popolazione diventano target qualificati stringenti sia per i dipartimenti di Prevenzione, sia per le direzioni aziendali, sia per le altre unità aziendali, dovendo di fatto diventare una bussola dell'azione quotidiana. Su di essa, l'Assessorato promuove l'attivazione di **processi trimestrali di benchlearning**, per discutere le soluzioni comunicative e di servizio adottate dalle diverse aziende e i risultati raggiunti, in un'ottica di apprendimento reciproco e di riconoscimento degli incentivi e dei finanziamenti aziendali.

ATTIVITÀ IN CORSO consolidare Dipartimenti Prevenzione

ATTIVITÀ IN CORSO

progetti di odontoiatria solidale

La Regione favorisce il riconoscimento da parte delle Aziende Sanitarie Regionali delle attività di odontoiatria solidale che si svolgono presso ambulatori di Enti del Terzo settore o presso ambulatori privati collegati, inoltre incoraggia la definizione di accordi di collaborazione tra aziende sanitarie ed Enti del Terzo settore, che contemplano la possibilità di segnalare i bisogni di cure speciali dei pazienti.

In tale ambito si colloca la realizzazione di **PROGETTI DI ODONTOIATRIA SOLIDALE A FAVORE DELLE FASCE PIÙ DEBOLI** della popolazione con particolare riferimento ai soggetti in condizione di vulnerabilità sociale (definita ai sensi dell'allegato 4C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017- (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

La finalità è di intervenire a favore di soggetti fragili e svantaggiati per offrire assistenza specialmente in casi di urgenza o di particolare compromissione della salute orale. Per tale finalità gli Enti del Terzo settore, iscritti al Registro Unico Nazionale, possono attivare reti di collaborazione finalizzate a fornire prestazioni di odontoiatria solidale presso le strutture sanitarie e ospedaliere regionali.

Le prestazioni previste sono elencate all'allegato 4C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: visita odontoiatrica, estrazioni dentarie, otturazioni e terapie canalari, ablazione del tartaro, applicazione di protesi rimovibili (escluso il manufatto protesico), applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN = 4° o 5° (escluso il costo del manufatto), apicificazione ai soggetti 0-14 anni. Ulteriori prestazioni possono essere individuate nei progetti di cui all'articolo 1, comma 3 della Legge regionale n. 25 del 20 dicembre 2022 (vigente dal 06/01/2023).

ATTIVITÀ PREVISTA

screening diabete tipo 1 e celiachia nei bambini

SCREENING PER IL DIABETE DI TIPO 1 E LA CELIACHIA NELLA POPOLAZIONE PEDIATRICA

La Regione Piemonte, in coerenza con le indicazioni nazionali di prossima emanazione promosse dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, provvederà a realizzare lo **screening rivolto alla popolazione pediatrica per la diagnosi precoce del diabete di tipo 1 e della celiachia**, con l'obiettivo di:

- prevenire l'insorgenza di chetoacidosi diabetica
- garantire un accesso tempestivo alle cure disponibili
- favorire l'individuazione precoce della malattia celiaca, con un miglioramento significativo della qualità della vita.

A tal proposito, sarà definito un sistema di chiamata attiva, gestione dei campioni, trasmissione dei risultati e presa in carico integrata, valorizzando il ruolo dei pediatri di libera scelta, dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Punti Nascita, dei laboratori regionali e delle strutture cliniche specialistiche.

L'esperienza consolidata del Piemonte nella gestione digitale dei buoni elettronici per i pazienti celiaci rappresenta un modello virtuoso di semplificazione amministrativa e di empowerment del cittadino. Tale sistema, già attivo e interoperabile con il Fascicolo Sanitario Elettronico, consente ai pazienti di utilizzare in autonomia e tracciabilità il budget mensile per l'acquisto degli alimenti senza glutine, promuovendo una gestione più efficiente, trasparente e centrata sui bisogni individuali. Inoltre, valorizzando questa esperienza, la Regione si impegna a integrare i percorsi di screening con strumenti digitali a supporto della presa in carico precoce, favorendo l'attivazione di soluzioni innovative per la continuità assistenziale e il monitoraggio clinico.

Lo screening sarà inoltre collegato ai Percorsi Preventivi, Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali (PPDTA), garantendo un approccio multidisciplinare e una gestione coordinata tra pediatri, specialisti e servizi territoriali. Il contributo alla piattaforma nazionale gestita dall'Istituto Superiore di Sanità permetterà, infine, il monitoraggio epidemiologico e il miglioramento continuo del programma.

AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI E RAFFORZAMENTO DEL RUOLO DEI MMG / PLS

La Regione Piemonte, in continuità con i vigenti atti di programmazione, conferma la centralità delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come **modello organizzativo chiave per la medicina generale e l'assistenza primaria**. In particolare, le AFT, aggregando medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in gruppi strutturati, favoriscono la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare, indispensabile per rispondere efficacemente alle esigenze complesse di salute della popolazione, in particolare dei pazienti cronici e fragili.

In tale ambito, il MMG/PLS assume un **ruolo ampliato e rafforzato**, con responsabilità condivise nell'organizzazione delle cure primarie, nella gestione dei percorsi assistenziali e nel coordinamento delle attività con gli altri professionisti e servizi sociosanitari. I punti chiave sono:

- la promozione del lavoro di équipe e della responsabilità collettiva all'interno delle AFT per assicurare continuità, appropriatezza e qualità delle cure
- l'adozione di strumenti digitali e sistemi informativi integrati per migliorare la comunicazione tra operatori e facilitare la gestione dei piani di cura individualizzati
- il sostegno a programmi formativi e di aggiornamento dedicati ai Medici e agli operatori coinvolti nelle AFT, per sviluppare competenze avanzate nella gestione dei pazienti complessi
- il rafforzamento del ruolo del Medico nella programmazione e nel monitoraggio delle attività di assistenza primaria, in sinergia con le Centrali Operative Territoriali (COT) e le unità di valutazione multidisciplinare

Questo modello organizzativo si inserisce in una più ampia strategia regionale di **potenziamento della medicina territoriale**, con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle cure, ridurre il ricorso improprio alle strutture ospedaliere e garantire una risposta integrata e centrata sulla persona.

La Regione Piemonte si impegna a monitorare l'estensione e la piena operatività delle AFT su tutto il territorio regionale, accompagnando il processo con azioni di coordinamento, formazione, innovazione tecnologica e monitoraggio degli esiti, in linea con le indicazioni dell'Accordo e con le politiche nazionali e regionali di sanità pubblica.

Piemonte la prima Regione italiana ad approvare le AFT per contrastare l'isolamento sanitario delle aree fragili e garantire multidisciplinarietà alla medicina generale

TUTELA DEL BENESSERE PSICOLOGICO DEL PERSONALE SANITARIO

Il personale sanitario rappresenta una risorsa fondamentale per la tenuta e la qualità del Servizio Sanitario Regionale. La Regione Piemonte riconosce l'esposizione sistemica degli operatori a condizioni lavorative complesse, caratterizzate da turni prolungati, carichi assistenziali elevati, esposizione a rischi biologici e la costante necessità di garantire elevati standard di sicurezza e qualità delle cure. Nell'ambito della riorganizzazione del sistema sanitario post-pandemico, la Regione ha avviato un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) specificamente orientato alla valutazione e alla riduzione del rischio da stress lavoro-correlato.

Tale azione si inserisce in una più ampia strategia regionale di promozione del benessere organizzativo e psicologico, coerente con gli indirizzi del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020–2025. Il PMP regionale tiene conto di fattori emergenti che incidono sul benessere degli operatori, tra cui il fenomeno crescente delle aggressioni al personale sanitario, i bisogni formativi specifici per la gestione del rischio psicosociale, la necessità di affrontare l'invecchiamento della popolazione lavorativa e la gestione dei cambi generazionali.

La Regione Piemonte intende proseguire e rafforzare queste azioni, anche attraverso un monitoraggio sistematico dei fattori di rischio organizzativo, la promozione del welfare aziendale e il consolidamento di servizi di supporto psicologico e professionale, con l'obiettivo di garantire ambienti di lavoro sani, sicuri e sostenibili per tutti gli operatori del sistema sanitario regionale.

REVISIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONE OPERATIVA - OPERATION MANAGEMENT

La complessità delle strutture sanitarie è tale che è necessario individuare nuove funzioni a cui affidare il coordinamento della capacità produttiva per realizzare un equilibrio ottimale fra la domanda e l'offerta in un determinato arco temporale.

È ampiamente dimostrato che il governo dei flussi del paziente in ospedale determina un effetto negativo a cascata su tutte le aree di attività, in misura importante sui tempi di attesa, sulle sale operatorie, sull'attività di ricovero ed ambulatoriale, sul boarding in pronto soccorso e su altri indicatori di attività, anche di natura economico-gestionale, oltre che sulla sicurezza dei pazienti.

Sulla scorta dei provvedimenti nazionali e regionali vigenti, la Regione Piemonte ha delineato un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa, con specifico riferimento anche alle liste di attesa chirurgiche ed ambulatoriali.

La Direzione Sanita, anche attraverso specifici interventi formativi, promuove le attività volte al miglioramento continuo dell'efficienza operativa delle Strutture aziendali, in perfetta integrazione con le Aziende Sanitarie.

L'ottimizzazione dell'utilizzo delle piattaforme produttive viene perseguita mediante il monitoraggio costante dell'efficienza operativa e l'analisi degli scostamenti per l'individuazione e l'applicazione delle necessarie misure correttive.

La capacità produttiva massima sostenibile con le risorse a disposizione (sale operatorie, letti di degenza, ambulatori, pronto soccorso, aree distrettuali) e in relazione ai vincoli organizzativi presenti costituisce un "upper bound" di riferimento con il quale confrontare la produzione effettiva della Struttura.

Lo scostamento tra capacità produttiva massima e la produzione effettiva fornisce indicazioni sui potenziali margini di miglioramento, anche in termini di produttività.

5

AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO



AREE DI INTERVENTO PRIORITARIO

5.0

Il Piano individua le seguenti priorità strategiche di intervento, da realizzare nel rispetto dei vincoli e delle condizionalità stabiliti dal Piano Nazionale Esiti (PNE), dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), dai Decreti Ministeriali vigenti, con una visione orientata alla sostenibilità, all'equità e all'integrazione dei servizi sanitari e sociali.

- **OTTIMIZZARE L'ASSISTENZA PRIMARIA E TERRITORIALE**, mediante il potenziamento delle Case di Comunità, incremento delle cure domiciliari e sviluppo della telemedicina per i pazienti cronici
- **RIORGANIZZARE LA RETE OSPEDALIERA**, con il rafforzamento della specializzazione degli ospedali Hub e Spoke e miglioramento delle strutture di emergenza-urgenza (DEA e Pronto Soccorso)
- **INCREMENTARE I SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE**, assicurando l'incremento dei servizi di supporto per pazienti psichiatrici e prevenzione del disagio giovanile
- **POTENZIARE I SERVIZI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ**, con azioni per promuovere autonomia, vita indipendente, supporto ai caregiver familiari, rafforzamento dell'offerta territoriali (RSA, servizi domiciliari ad alta intensità)
- **RAFFORZARE I SERVIZI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE**, con modelli innovativi di assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale, e rete integrata di continuità tra ospedale e territorio
- **OTTIMIZZARE ASSISTENZA A MINORI E FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ**, attraverso l'integrazione socio-sanitaria, la presa in carico precoce, promozione di interventi preventivi e di sostegno alla genitorialità, anche in collaborazione con il Terzo Settore.
- **DIFFONDERE INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**, con riferimento a stili di vita corretti, diagnosi precoce, vaccinazione, prevenzione delle dipendenze e riduzione delle disuguaglianze di salute.

OTTIMIZZARE L'ASSISTENZA PRIMARIA E TERRITORIALE

Alla rete di offerta si aggiungono i nuovi setting territoriali previsti dal DM 77/2022 e dagli atti regionali di recepimento e finanziati prevalentemente dal PNRR:

- 91 Case di Comunità (CdC)
- 30 Ospedali di Comunità (OdC)
- 43 Centrali Operative Territoriali (COT)

La revisione dei modelli di servizio territoriale, specialmente collegati al governo delle cronicità, rappresenta uno spazio essenziale di lavoro per il SSR Piemontese. Ciò avverrà attraverso un piano strategico e organizzativo aziendale che assicuri un equilibrio coerente tra le risorse disponibili e le esigenze territoriali. Sono previste le seguenti azioni:

- definizione delle **VOCAZIONI** dei diversi luoghi di offerta e dei relativi modelli di servizio. Ognuno dei setting previsti dal DM 77 propone delle vocazioni alternative: la scelta può essere differenziata anche nei singoli distretti in base a priorità, competenze stratificate e tradizioni locali. Il piano strategico aziendale o altro documento programmatico locale deve definire con chiarezza queste vocazioni per ogni singolo OdC in coerenza con il quadro epidemiologico locale
- **SEGMENTAZIONE** delle sotto-popolazioni che compongono il territorio e definizione di criteri condivisi per la stratificazione
- **CONFIGURAZIONE** della rete di offerta di specialistica ambulatoriale, con particolare attenzione all'integrazione delle "nuove" Case della Comunità con gli spazi ambulatoriali già esistenti, 384 ambulatori territoriali
- **INTEGRAZIONE** tra i diversi punti di erogazione

Le ASL hanno l'opportunità di riorganizzare e qualificare l'offerta territoriale, potendo rispondere alle singole specificità territoriali, che sono diverse nei singoli distretti e sotto-partizioni dei distretti, a seconda del quadro demografico ed epidemiologico locale: in particolare, devono decidere quali e quanti spazi sviluppare e mantenere e le loro vocazioni distintive e sviluppare la funzione di committenza attraverso la definizione degli accordi contrattuali da sottoscrivere tra l'ASL con ruolo sinallagmatico e AO/AOU.

5.1

91

CASE DI COMUNITÀ

30

OSPEDALI DI COMUNITÀ

43

CENTRALI OPERATIVE
TERRITORIALI

In questo contesto la **PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ** gioca un ruolo fondamentale nel governo della filiera.



GLI INTERVENTI

- potenziamento dei **TAVOLI DI LAVORO CONDIVISI** tra MMG, specialisti e aziende per sostenere la convergenza tra i livelli prescrittivi e ridurre la variabilità dei consumi sanitari
- attivazione di un processo sistematico di **MONITORAGGIO DEI DATI SUI CONSUMI SANITARI** per individuare i profili prescrittivi, verificare l'aderenza terapeutica, valutare l'appropriatezza
- intensificazione delle azioni di **PREVENZIONE** con riferimento a soggetti a rischio e percorsi dedicati per la mono-patologia cronica
- estensione dell'utilizzo della **TELEMEDICINA e delle PIATTAFORME DIGITALI** (Fascicolo Sanitario Elettronico, cartella clinica condivisa), per favorire il monitoraggio continuo, la condivisione delle informazioni cliniche e l'accesso agevolato ai servizi, in particolare per i pazienti fragili o residenti in aree interne
- rafforzamento della funzione di **GESTIONE OPERATIVA TERRITORIALE** in cui la Direzione di Distretto riveste un ruolo strategico come attore chiave nel change management
- promozione dell'**AUTOGESTIONE DELLA PATOLOGIA CRONICA**, tramite interventi di **EDUCAZIONE TERAPEUTICA, COUNSELING e SUPPORTO MOTIVAZIONALE**, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza, ridurre i ricoveri evitabili e responsabilizzare il cittadino nel proprio percorso di cura
- promozione della figura **dell'INFERMIERE DI COMUNITÀ E FAMIGLIA**

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

Nel quadro della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022 e dagli interventi del PNRR – Missione 6, la Regione Piemonte intende valorizzare e potenziare il ruolo dell'Infermiere di Comunità e di Famiglia quale figura chiave per garantire la presa in carico proattiva e continuativa delle persone nei contesti territoriali e domiciliari, con particolare attenzione alle situazioni di fragilità, cronicità e non autosufficienza.

L'Infermiere di Comunità opera come professionista di riferimento all'interno delle Case della Comunità, in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale, i servizi sociali, gli assistenti sociali e gli altri professionisti del team multidisciplinare. È incaricato della presa in carico infermieristica degli assistiti, della valutazione dei bisogni, della pianificazione degli interventi assistenziali e del coordinamento delle attività di prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute.

Tale figura rappresenta un'evoluzione della funzione infermieristica tradizionale, con un ampliamento delle competenze orientato alla gestione proattiva della salute della popolazione: l'Infermiere di Comunità è chiamato a conoscere il contesto sociale, familiare e ambientale in cui opera, a sviluppare relazioni di fiducia con gli assistiti e ad attivare risposte tempestive e coordinate, in raccordo con la rete dei servizi territoriali. Le principali funzioni dell'infermiere di Comunità comprendono:

- l'assistenza domiciliare per la gestione della cronicità e delle disabilità
- la prevenzione delle riacutizzazioni e la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso
- l'educazione sanitaria e l'aderenza terapeutica
- la partecipazione alla definizione e al monitoraggio dei PAI (Piani Assistenziali Individualizzati)
- la promozione dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali
- il supporto all'autonomia dell'assistito e della famiglia
- il coordinamento con l'Infermiere di Famiglia presente nell'équipe della Casa della Comunità

L'Infermiere di Comunità potrà afferire funzionalmente al **Dipartimento Assistenziale** (vd. par. 6.4), contribuendo a valorizzare le competenze infermieristiche nell'ambito della prossimità e della continuità assistenziale. Inoltre, sarà fondamentale assicurare un adeguato numero di infermieri, in linea con gli standard nazionali e garantire una formazione specifica, con percorsi di aggiornamento centrati sulla presa in carico territoriale, l'empowerment del cittadino e la gestione dei bisogni complessi.

Il potenziamento del ruolo dell'Infermiere di Comunità rappresenta una leva strategica per la riorganizzazione dei servizi di prossimità, per la promozione della salute di comunità e per il sostegno alla domiciliarità, in coerenza con i principi di equità, accessibilità e sostenibilità del sistema sanitario pubblico.



POTENZIARE L'ATTIVITÀ DELL'AREA DELLA PSICOLOGIA

L'attività degli psicologi all'interno del SSN si articola in diversi ambiti, tra le cure primarie e l'assistenza domiciliare, servizi specialistici di Salute Mentale per adulti e minori, ospedali e strutture di ricovero, oltre ad interventi per l'organizzazione e il benessere del personale in una logica di appropriatezza e massima integrazione.

Gli psicologi operano in sinergia con le altre figure sanitarie, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica e assicurando l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per tutto il ciclo di vita degli utenti.

La professione psicologica ha come target tutti i soggetti del SSN: gli utenti, i caregiver, il personale e l'Azienda come organizzazione.

La dimensione psicologica permea trasversalmente l'intera attività sanitaria avendo al contempo una chiara valenza di tipo sociale, che pone tali attività come una delle cerniere tra l'aspetto sanitario e sociale.

La professione psicologica, dunque, è una professione sanitaria con un'intrinseca competenza nel favorire una visione integrata della salute dell'individuo e degli interventi in suo favore come ponte naturale tra gli aspetti sanitari, quelli sociali e quelli del benessere organizzativo.

RIORGANIZZARE E AMMODERNARE LE RETI OSPEDALIERE

Il Piano prevede il rafforzamento della specializzazione degli ospedali Hub e Spoke e miglioramento dei Pronto Soccorso.

Le Aziende Ospedaliere devono consolidare la propria capacità di attrazione dei pazienti anche da altre Regioni e il peso del case mix della casistica trattata. Al contempo la Regione, **preservando i LEA su tutto il proprio territorio e di concerto con le realtà locali**, punterà a ridefinire la vocazione dei piccoli ospedali, orientandoli su attività cliniche in armonia con lo sviluppo della rete dei servizi territoriali, considerandoli parte del piano strategico di sviluppo dei servizi delle singole ASL.

PRINCIPIO GUIDA NELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA: ASSICURARE CHE OGNI PAZIENTE SIA ESPOSTO AD UNITÀ OPERATIVE CHE GARANTISCANO COMPETENZA CLINICA, SICUREZZA E AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO

In contesti di dimensioni aziendali contenute, questo impone di sviluppare sinergie operative interaziendali, valorizzando le vocazioni specifiche dei singoli presidi e rafforzando modelli di rete ospedaliera Hub&Spoke o HubVSSpoke.

- **MODELLO HUB & SPOKE**

ogni presidio della rete ospedaliera inter-aziendale detiene alcune specialità per cui opera come hub di area vasta, mentre per altre agisce come spoke, garantendo nel complesso della rete armonia e completezza determinata dalla complementarietà delle vocazioni

- **MODELLO HUB VERSUS SPOKE**

un presidio ospedaliero si occupa delle procedure più specialistiche e dei pazienti più complessi, mentre gli spoke mantengono una vocazione generalista, offrendo prestazioni pre e post specialistiche in un'ottica di prossimità, riducendo la necessità di spostamenti dei pazienti



CONSOLIDARE RETI INTER AZIENDALI

Le reti ospedaliere inter-aziendali sono organizzate per quadranti, salvo alcune altissime specialità in cui è richiesta una geografia regionale per raggiungere la necessaria massa critica di pazienti, come nel caso dei trapianti. È necessario consolidare le reti, sia tempo-dipendenti che cliniche, assicurando sempre i livelli di casistica minimi in grado di garantire la clinical competence e l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Infatti, la coerenza del sistema di erogazione e lo sviluppo dell'appropriatezza clinica e organizzativa dovrà essere sistematicamente sostenuto, a partire dal monitoraggio delle casistiche, dei differenziali di consumo tra abitanti dei diversi territori, dei case mix prevalenti, anche per contribuire a garantire equità di accesso riducendo i tempi di attesa.

ISTITUIRE NUOVA FIGURA “responsabile operativo ambienti sanitari”

Il Responsabile Operativo degli Ambienti Sanitari Ospedalieri e Territoriali è un professionista opportunamente formato e individuato dall'Azienda sanitaria per:

- operare in modo trasversale a supporto delle Direzioni di area amministrativa e di area sanitaria, delle Direzioni mediche ospedaliere e delle Direzioni dei distretti per il miglioramento degli ambienti per quanto riguarda in particolare l'impatto sulla qualità percepita
- svolgere attività di facilitazione e di riconduzione sui processi delle Unità Organizzative e dei team aziendali già operative
- garantire una presenza sistematica nelle aree delle Strutture
- individuare criticità di immediato impatto degli ambienti sanitari che si riflettono sulla percezione della qualità da parte degli utenti e delle persone assistite, al fine di proporre micro interventi migliorativi

IL CAMBIO DI PARADIGMA

Si realizza la transizione da un modello di tipo “verticale”, in cui le diverse funzioni sono attribuite ad un responsabile per ogni Unità a cui compete la gestione delle risorse umane, dei contratti e del front line con gli utenti, ad un **modello di tipo “orizzontale”**, correlato alla integrazione dei diversi processi di riferimento.

La responsabilità della funzione è da assegnare prioritariamente a Dirigenti medici e sanitari e anche a figure non sanitarie dipendenti delle Aziende Sanitarie; sotto il profilo organizzativo, nell'organigramma aziendale, si colloca in staff alla Direzione strategica aziendale e opera a supporto della Direzione Sanitaria / Amministrativa di Ospedale e di Distretto.

UMANIZZARE PRONTO SOCCORSO

valorizzazione della sfera informativa e relazionale

Il Pronto Soccorso riveste un ruolo centrale nella organizzazione del sistema sanitario, fungendo da interfaccia cruciale tra ospedale e territorio. La sua importanza si esprime non solo nell'affrontare le emergenze mediche immediate, ma anche nel gestire risposte talvolta di carattere socio – assistenziale.

L'attesa in Pronto Soccorso per pazienti e famigliari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio Sanitario. Numerosi sono i fattori che fanno percepire il livello di qualità di servizio da parte dell'utente: la durata dell'attesa, l'ansia legata alla preoccupazione per la propria salute, le aspettative di risposta rapida.

In tale contesto sono necessarie azioni incisive di riqualificazione e riammodernamento, accompagnate da una corretta informazione ai pazienti e ai familiari, per vivere in modo migliore la permanenza, dal momento dell'arrivo alle fasi che precedono e seguono il triage.

A questo è finalizzato il progetto di Accoglienza ed Umanizzazione in Pronto soccorso, in cui sono stati individuati 70 requisiti sui quali le Aziende sanitarie dovranno

- effettuare le verifiche interne
- predisporre un piano di miglioramento
- corredare il piano con una relazione esplicativa sulla fattibilità tecnica degli interventi

Si prevede di avviare una fase sperimentale di ricognizione della durata di un anno dell'attuale stato dei modelli aziendali e dei relativi fabbisogni, propedeutica all'attuazione dei requisiti.

L'intervento intende affrontare in modo sistemico aspetti non clinici ma rilevanti per la qualità dell'esperienza del paziente in Pronto Soccorso, valorizzando la dimensione informativa e relazionale che è una componente

Appare necessaria una maggiore ottimizzazione della rete dei Punti Nascita, tenendo presenti sempre due presupposti fondamentali:

- la grande variabilità geografica del territorio piemontese
- la necessità di garantire i LEA anche nelle aree più disagiate

Si rende necessario concentrare i ricoveri nelle strutture con maggiori competenze, al fine di garantire sempre la massima perizia clinica, la più alta sicurezza, il miglioramento degli esiti di salute.

OTTIMIZZARE RETI PUNTI NASCITA

I cinque principi su cui appare necessario rifondare il sistema sono i seguenti:

- **DISTINZIONE NETTA** tra
 - emergenza (condizione evolutiva, codici rossi e arancioni)
 - urgenza (condizione non evolutiva-codici azzurri e verdi)
 - non urgenza (codici bianchi)
- **RAFFORZAMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI FRAGILI** (in particolare dei pazienti under 14 e over75) e la costruzione di percorsi *ad hoc* nella rete dei Pronto soccorso
- **SEPARAZIONE DEI FLUSSI** a partire dall'orientamento e dall'accesso e non solo all'interno dei PS
- **INNOVAZIONE TECNOLOGICA** per rilevare i dati, standardizzare e velocizzare i processi e innovare i servizi (piattaforme informative, intelligenza artificiale, **TELEMEDICINA**)
- **INTEGRAZIONE** intra-rete PS e tra la rete dei PS e il resto del Sistema socio-sanitario

RIPENSARE SISTEMA DI EMERGENZA- URGENZA

5 principi ispiratori

La rete di E-U deve essere consolidata arricchendo le funzioni di chiamata e triage da remoto per i pazienti, in modo che questi vengano sempre indirizzati nel setting appropriato rispetto ai loro bisogni, potendo valorizzare il numero unico 116117 per l'accesso ai servizi sanitari non urgenti e in particolare per la continuità assistenziale, differenziato dal numero NUE 112 per le emergenze sanitarie e non, incorporando in questo anche le emergenze sanitarie riferibili o al 118 per i codici rossi e gialli. Infine, l'introduzione di un sistema di triage e accesso da remoto consentirà l'attivazione di servizi digitali (es. televisite, teleassistenza), contribuendo a ridurre il carico sui PS e migliorando l'efficienza complessiva del sistema di emergenza-urgenza.

INTEGRARE SERVIZI PER SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Il sistema di Salute Mentale piemontese si trova ad affrontare importanti sfide, tra cui l'invecchiamento della popolazione assistita, un'offerta caratterizzata da basso turnover e scarsa capacità di intercettare i bisogni emergenti e la nuova Utenza precocemente. Al momento questa nuova Utenza emerge prevalentemente in fase di acuzie, aumentando il carico nei servizi per l'Emergenza/Urgenza, e frequentemente presentando quadri correlati ad alterazioni della condotta e/o ad abuso di sostanze.

La dotazione regionale di posti letto in strutture residenziali è superiore alla media nazionale e alle principali regioni benchmark. Appare quindi prioritario riorientare l'offerta, favorendo una presa in carico precoce e la promozione di interventi preventivi. Occorre quindi ampliare la capacità e la velocità di risposta dei Servizi a ciò deputati (SerD, Disabilità, Geriatria, Servizi Sociali), per diminuire il sovraccarico nei DEA, contestualmente evitando i ricoveri impropri, che attualmente avvengono sia in SPDC che negli altri reparti ospedalieri, garantendo la presa in carico continua anche in corso di degenza e il follow-up territoriale dopo le dimissioni ospedaliere entro le 72 ore. È altresì necessario adottare protocolli per il monitoraggio dei pazienti a rischio di abbandono o in dimissioni non concordate dal progetto di cura (drop-out).

L'implementazione delle attività domiciliari e degli interventi a ciclo diurno (semiresidenziali) dovranno essere volti a ridurre il ricorso alla riabilitazione in contesti residenziali, garantendo che ogni paziente con diagnosi di disturbo psichiatrico grave riceva un progetto personalizzato, con interventi evidence-based orientati alla recovery (es.: Illness Management and Recovery).

L'adozione del Budget di Salute quale strumento organizzativo-gestionale a sostegno del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, condiviso con i diretti interessati, secondo le linee programmatiche approvate in Conferenza Stato Regioni (atto n. 104/CU del 6.7.2022), riunisce le risorse economiche, professionali, umane e relazionali provenienti da tutti gli Attori coinvolti nel progetto di cura (Sanità, Enti Locali, Terzo settore, Associazioni, Utenti e familiari), e consentirà il perseguimento di inclusione sociale e autonomia delle persone con bisogni sociosanitari complessi.

Per migliorare l'accessibilità dei Servizi va rafforzato il collegamento tra Medici di Medicina Generale, Case della Salute e DSM, promuovendo la gestione della salute fisica dei pazienti in carico ma anche l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche.

I DSM sosterranno infine la diffusione di programmi di auto-mutuo-aiuto e peer support con utenti esperti formati. Per quanto riguarda le dipendenze, il contesto nazionale evidenzia un aumento del consumo di sostanze psicoattive tra i giovani e l'emersione di forme di addiction, anche di tipo comportamentale.

In prospettiva la Regione intende adottare un approccio integrato per rilanciare le attività di prevenzione e assistenza ai cittadini portatori di disturbi o disagi psicologicamente rilevanti, accompagnati e/o sostenuti da forme di dipendenza. Al fine di monitorare le necessità di salute mentale del territorio, in collaborazione con le istituzioni e nel rispetto delle normative vigenti, la Regione intende istituire la Consulta per la Salute Mentale.

INTRODURRE UN NUOVO APPROCCIO

RILANCIARE PROGETTI DI PREVENZIONE

POTENZIARE I SERVIZI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

In Piemonte le persone con disabilità sono circa il 5,2% della popolazione, con percentuali variabili nelle diverse fasce di età. In tale ambito sono sempre più necessarie analisi puntuali sui diversi aspetti del processo multidimensionale che caratterizza il concetto di inclusione sociale delle persone con disabilità.

Questo significa mettere a sistema tutti gli strumenti idonei a monitorare i diversi ambiti di vita e raccogliere informazioni su:

- accessibilità degli ambienti, dei trasporti, dell'informazione e delle tecnologie,
- accesso ai servizi sanitari e socioassistenziali
- facilitazioni o restrizioni alla partecipazione alla vita sociale in ambito scolastico, lavorativo e relazionale

In un'ottica programmatoria è decisiva la conoscenza del bacino di utenza dei servizi di welfare, dalle condizioni di salute e i bisogni di assistenza alle condizioni familiari delle persone con disabilità, con un dettaglio territoriale coerente con i diversi ambiti di competenza e responsabilità previsti dalle normative (Regione, ASL, Distretti e Comuni).



GLI INTERVENTI

- superare la disomogeneità nella presa in carico integrata socio - sanitaria
- migliorare la continuità nel percorso di presa in carico del disabile nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta e a quella anziana da parte dei singoli servizi correlati alle diverse fasce d'età
- assicurare in tutto il territorio la qualità e la quantità dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali a livello dei diversi territori

Le politiche e gli interventi a favore delle persone con disabilità necessitano di **PROGRAMMI PERSONALIZZATI**, che affrontino in maniera globale le specifiche criticità. Gli interventi si caratterizzano come processi di presa in carico che implicano la stretta integrazione tra l'assistenza sociale e quella sanitaria e la predisposizione di politiche attive nei diversi ambiti sociali (scuola, lavoro, partecipazione sociale...). In particolare, le persone in situazione di grave disabilità necessitano di progetti individualizzati con finalità clinico assistenziali.

5.4

5,2%PERSONE CON
DISABILITÀ

INCLUSIONE SOCIALE

PRESA IN CARICO INTEGRATA

PERCORSI AD PERSONAM

Il Distretto rappresenta il livello di governo territoriale per l'avvio, per il corretto svolgimento del processo valutativo e della conseguente definizione del progetto individuale, per la sua sostenibilità e per il suo monitoraggio nel tempo.

Nell'impostazione degli interventi socio - sanitari da attivare è fondamentale l'analisi del bisogno che deve condurre, nell'ambito di un percorso condiviso con la persona e/o la sua famiglia, ad una elaborazione operativa che accolga, non solo le limitazioni, ma soprattutto le potenzialità del soggetto richiedente e del suo contesto di vita.

PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Il **modello DAMA** (Disabled Advanced Medical Assistance) si fonda su un'organizzazione integrata dei percorsi di cura, capace di rispondere in modo mirato ai bisogni clinici, relazionali e assistenziali delle persone con disabilità, valorizzando le competenze già presenti all'interno delle strutture sanitarie. Attraverso l'interazione tra diverse figure professionali, familiari e caregiver, viene costruito un percorso di assistenza personalizzato, che tiene conto delle specificità di ciascun individuo e si traduce in interventi concreti di accesso facilitato, accoglienza dedicata e presa in carico continuativa.

A livello nazionale, il modello DAMA è oggetto di un tavolo interministeriale, promosso dal Ministero per le Disabilità in collaborazione con altri dicasteri, finalizzato alla definizione di un modello organizzativo uniforme da estendere a tutte le strutture sanitarie. L'obiettivo è quello di trasformare il DAMA in uno standard operativo per l'assistenza ospedaliera alle persone con disabilità, promuovendone l'adozione su scala nazionale.

ANALISI DEL BISOGNO

DEFINIZIONE PROGETTO INDIVIDUALE

DAMA Disabled Advanced Medical Assistance

approccio multidisciplinare alla presa in carico in ospedale delle persone con disabilità

Anche la Regione Piemonte intende promuovere l'applicazione del modello DAMA, integrandolo nella propria rete ospedaliera e favorendo la diffusione di percorsi dedicati che riducano i tempi di attesa, migliorino la qualità dell'accoglienza e garantiscano una presa in carico efficace e continuativa.

L'adozione del modello DAMA costituisce, dunque, una leva strategica per il rafforzamento di una sanità realmente inclusiva, in grado di garantire eguaglianza sostanziale nell'accesso e nella fruizione dei servizi sanitari.

Sarà inoltre migliorata la fase di transizione per il passaggio delle persone assistite dall'ambito neuropsichiatrico in età evolutiva verso le forme di presa in carico dei servizi per l'adulto in una logica di continuità assistenziale.

POTENZIARE LE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI E TEMPO DIPENDENTI

LE RETI SANITARIE

Secondo le indicazioni nazionali, la Rete in ambito sanitario è un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi, nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Nella Rete operano i nodi e le relative connessioni, con le regole di funzionamento, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di salute e diagnostici terapeutici e assistenziali "di riferimento", le modalità di coinvolgimento dei professionisti e dei cittadini, il sistema di formazione e di monitoraggio attraverso indicatori di struttura, processo ed esito.

Finalità prioritaria è fornire una risposta adeguata dal punto di vista clinico e organizzativo, ottimizzare le risorse esistenti, attuare una maggiore integrazione tra i diversi setting per quanto riguarda la prevenzione, l'ospedale e il territorio.

All'interno del disegno del Sistema è da promuovere ulteriormente l'articolazione delle reti sanitarie, con particolare riferimento a:

- reti tempo dipendenti (infarto, ictus, traumatologica, neonatologica)
- reti clinico-assistenziali (es. medicine specialistiche, pneumologia, neurologia, chirurgie specialistiche, servizi, diabetologica, oncologica, cure palliative e terapia del dolore, pediatria, dietetica e nutrizione clinica, malattie rare, salute mentale, trasfusionale, trapiantologica, riabilitazione...).

In tale contesto si prevede sia il consolidamento delle reti già attive sia lo sviluppo di nuove reti, in relazione agli specifici bisogni delle persone assistite



gli obiettivi:
risposte
adeguate sia
cliniche sia
organizzative
sicurezza dei
percorsi
integrazione
setting di cura



LE MALATTIE NEURODEGENERATIVE

I dati epidemiologici mostrano un'età anziana caratterizzata da patologie neurodegenerative, tra le quali le demenze e l'Alzheimer sono quelle con la maggior diffusione. La demenza oggi rappresenta come una vera priorità mondiale di salute pubblica: trattandosi di una patologia cronico - degenerativa, caratterizzata dalla comparsa di deficit cognitivi, disturbi del comportamento e perdita dell'autonomia, è fondamentale porre una diagnosi precoce che permetta interventi farmacologici e psicosociali finalizzati al contenimento della progressione della malattia.

Il riferimento in materia è rappresentato dal Piano Nazionale Demenze **“Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore demenze”**, rispetto al quale le Regioni devono proseguire la riflessione strategico-politica e il potenziamento delle azioni riguardanti i disturbi cognitive.

Le azioni hanno lo scopo di fornire indicazioni non solo relative agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno dei pazienti e delle famiglie.

Il potenziamento della rete dei servizi dedicati alle demenze risulta di particolare interesse per la Regione Piemonte, impegnata a migliorare l'efficienza e l'appropriatezza della risposta sanitaria e socio sanitaria. La Regione Piemonte ha scelto come linea progettuale quella dedicata alla sperimentazione, valutazione e diffusione dei trattamenti psicoeducazionali, cognitivi e psicosociali nelle demenze, che coinvolge 19 unità operative.

La Regione Piemonte intende sviluppare terapie neurologiche innovative, potenziando i Centri esperti garantendo il collegamento funzionale con i presidi territoriali e le strutture residenziali e semi residenziali

**diffusione di
demenze e
Alzheimer**

priorità:

- . diagnosi precoce**
- . contenimento della malattia**
- . sostegno ai caregiver**

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE e ADOLESCENZIALE

A causa della pandemia COVID-19 e delle misure messe in atto per contenerla, i bambini e gli adolescenti hanno sperimentato cambiamenti sostanziali negli ambienti di vita, nelle routine quotidiane e nelle reti relazionali, educative e sociali che normalmente favoriscono la promozione della salute e la resilienza agli eventi traumatici. I disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano pertanto un ambito pediatrico di particolare rilevanza per la salute pubblica.

L'attività dei servizi è conosciuta e monitorata attraverso il sistema informativo regionale dedicato e gli altri flussi regionali. In tale ambito si rileva non solo un aumento quantitativo, ma anche qualitativo dell'impegno assistenziale richiesto a livello territoriale e ospedaliero, sia in termini di intensità di cura per aumentata psicopatologia, sia in relazione alla costante necessità di fare rete, attivare e coinvolgere diverse figure professionali nell'assistenza dei minori: tale impegno coinvolge i servizi di NPIA che svolgono un'attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei minori che sono stati particolarmente nel periodo pandemico.

Al forte aumento della domanda e dell'incidenza deve corrispondere un contestuale potenziamento dei servizi di NPIA territoriali ed ospedalieri, per renderli sempre più idonei a rispondere alle necessità e complessità cliniche dei soggetti in età evolutiva, con particolare attenzione al supporto della famiglia, al lavoro in rete con le altre istituzioni presenti sul territorio (scuola, servizi socio-assistenziali, formazione, lavoro) e con il terzo settore, alla necessità di organizzare interventi territoriali, ma anche residenziali e semiresidenziali terapeutici, che garantiscano un'assistenza multiprofessionale con attenzione alle diverse patologie.



**in crescita i
disturbi
neuro
psichiatrici in
età evolutiva**

servizi di NPIA
· **prevenzione**
· **diagnosi**
· **cura**
· **riabilitazione**

La Regione Piemonte si impegna a potenziare i servizi di NPIA territoriali ed ospedalieri per soddisfare i bisogni di salute in età evolutiva, favorendo il supporto alle famiglie, in collaborazione con le altre istituzioni coinvolte e con il Terzo Settore

RETE TRASFUSIONALE

Le attività di competenza della rete della medicina trasfusionale sono parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e si fondano sulla donazione volontaria, periodica, responsabile, anonima e gratuita del sangue umano e dei suoi componenti, anche attraverso una stretta sinergia con le Associazioni dei donatori che rivestono un ruolo fondamentale in questo ambito.

La Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) delle attività trasfusionali è una Struttura tecnico-organizzativa della Regione Piemonte che garantisce lo svolgimento delle attività di supporto alla programmazione regionale in materia di attività trasfusionali e di coordinamento e controllo tecnico-scientifico della rete trasfusionale regionale, in connessione con il Centro Nazionale Sangue.

Le Strutture operative della Rete Trasfusionale regionale sono:

- Servizi di Immunoematologia e Medicina trasfusionale (SIMT)
- Unità di Raccolta associative (UdR)
- Centri di Produzione e Validazione Emocomponenti (CPVE).

Tutte le strutture sono accreditate secondo la specifica normativa vigente. Esse sono individuate nella programmazione regionale, in coerenza con quanto previsto per la rete ospedaliera. La Medicina trasfusionale viene garantita con modalità di rete, in sinergia con la Struttura Regionale di Coordinamento, da un Servizio di riferimento (hub) e da altri Servizi spoke per ciascuna area omogenea piemontese.

Il modello piemontese prevede una **razionalizzazione della lavorazione delle sacche** attraverso: **accorpamenti regionali** della lavorazione (per ottimizzare qualità e costi), **trasporto dedicato in sicurezza** tra i punti di raccolta (anche associativi) e i centri di lavorazione/qualifica, **distribuzione capillare** degli emocomponenti alle strutture sanitarie secondo il fabbisogno.

Il Piemonte è impegnato nello **SVILUPPO DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO AVANZATO**, fondato su un sistema informativo regionale (SIRMET) per assicurare il tracciamento completo delle attività trasfusionali, l'integrazione dei dati sanitari e il supporto alla programmazione clinico-organizzativa. In questa cornice si inseriscono i progetti di innovazione digitale, telemedicina e formazione del personale, con il coinvolgimento attivo dei medici specializzandi e dei professionisti più giovani.

Particolare attenzione sarà dedicata al rafforzamento della collaborazione con le associazioni di donatori volontari (AVIS, FIDAS, CRI, CABS), fondamentali per il mantenimento dell'autosufficienza regionale. Tali associazioni sono parte integrante della rete e contribuiscono alla promozione della cultura del dono e alla pianificazione congiunta delle attività di raccolta.

RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE TRASFUSIONALE DEL PIEMONTE ORIENTALE

L'acquisizione dell'immobile denominato Autocusio da parte della ASL di Novara consente la razionalizzazione e il potenziamento delle attività di produzione e qualificazione biologica degli emocomponenti, attraverso il consolidamento in un'unica area funzionalmente integrata, articolata su due livelli collegati.

Tale intervento consente di concentrare in un'unica sede le attività del Centro di Produzione e Validazione Emocomponenti (CPVE), attualmente distribuite su più aree aziendali, migliorando l'efficienza organizzativa e riducendo la dispersione del personale dedicato.

La nuova configurazione garantisce una capacità produttiva di **80.000–100.000 unità annue**, assicurando la copertura dell'intero bacino del Piemonte Orientale, in linea con gli standard previsti dal DM 70/2015 e dall'Accordo Stato-Regioni del 2012 in materia di rete trasfusionale.

L'intervento si inserisce nella più ampia **strategia regionale di riordino delle funzioni sanitarie ad alta complessità tecnico-logistica**, promuovendo modelli organizzativi centralizzati a garanzia di qualità, sicurezza e sostenibilità del sistema.

RETE DI DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI TESSUTI E CELLULE

Donare gli organi è un gesto di grande altruismo che può salvare vite e offrire una nuova speranza a chi è in attesa di un trapianto. La decisione di donare rappresenta un'opportunità per trasformare una perdita in un dono inestimabile per altre persone, contribuendo a prolungare e migliorare la qualità della loro vita. La Regione Piemonte è da sempre impegnata nella promozione della cultura della donazione, attraverso un modello organizzativo integrato con la rete nazionale e basato su qualità, sicurezza e continuità assistenziale. Il sistema trapianti per quanto concerne il settore degli organi è ampiamente consolidato. **La rete di donazione e trapianto di organi tessuti e cellule è una delle attività di eccellenza della Regione Piemonte.**

L'attività nazionale di trapianto è coordinata dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) e si articola in ambito regionale attraverso i Centri Regionali di Riferimento per i Trapianti. Il Centro Regionale Trapianti, con sede presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, coordina le attività di procurement, conservazione e trapianto, operando in stretta sinergia con le strutture sanitarie del territorio e si articola in Centro Regionale di Riferimento per i Trapianti (CRRT) e Coordinamento Donazioni e Prelievi (CRP).

Le attività sono effettuate presso AOU Città della Salute e della Scienza di Torino per tutti i principali ambiti di trapianti, AOU Maggiore della Carità di Novara per il rene. I volumi di attività pongono il Piemonte in posizione di eccellenza in Italia, mentre la qualità dei centri (efficacia, sopravvivenza dal trapianto e miglioramento della qualità della vita) è pari o superiore a quella dei migliori centri europei. Il dato favorevole sul numero di trapianti è dato anche dalla affinata capacità di utilizzare protocolli di valutazione del livello di rischio di un donatore e di follow up del ricevente. Nel tempo, il Piemonte ha registrato livelli elevati di consenso alla donazione, anche grazie al costante investimento in informazione, formazione e coinvolgimento dei cittadini, in particolare attraverso il sistema della dichiarazione di volontà presso i Comuni e le ASL. La rete regionale include anche le banche dei tessuti, tra cui quelle dedicate a cornee, cute e valvole cardiache, che svolgono un ruolo essenziale in molteplici ambiti della medicina rigenerativa e chirurgica.

**eccellenza
piemontese****Centro
regionale per i
trapianti****alto tasso di
successo:**

- . protocolli di
valutazione
del rischio del
donatore**
- . follow up del
ricevente**

La Regione intende rafforzare ulteriormente la rete virtuosa, promuovendo l'ampliamento delle sedi di prelievo, la riduzione delle opposizioni, il consolidamento delle competenze professionali e la piena valorizzazione del gesto donativo come atto gratuito, etico e di profonda responsabilità civile.

PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Per Procreazione Medicalmente Assistita - PMA si intende un insieme di tecniche di alta specialità e complessità che possono aiutare le coppie che hanno difficoltà ad avere figli.

Le tecniche di PMA devono essere applicate qualora non sia stato possibile ripristinare la fertilità spontanea o qualora i trattamenti sia medici che chirurgici, atti a correggere o rimuovere le cause della sterilità, non abbiano avuto esito positivo, sempre nel rispetto del principio di gradualità degli interventi. Devono essere inserite in un corretto processo diagnostico e terapeutico che abbia attentamente valutato le possibilità di una fecondazione spontanea.

I procedimenti comportano il trattamento di ovociti umani, di spermatozoi o embrioni nell'ambito di un progetto finalizzato a instaurare una gravidanza. Si caratterizzano per una gamma di opzioni terapeutiche a diverso grado di invasività sia tecnica che psicologica sulla coppia: la distinzione in I, II e III livello tiene conto della complessità e del grado di invasività.

In tale ambito La Regione Piemonte intende migliorare e implementare il sistema di offerta e delle procedure nei diversi Centri già attivi.

La sfida dei prossimi anni sarà quella di consolidare un modello organizzativo equo e sostenibile, capace di rispondere al bisogno crescente di procreazione assistita, nel rispetto dei valori di universalità, solidarietà e centralità della persona.

I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

I disturbi dello spettro autistico sono una condizione dello sviluppo neuropsicologico, che nella quasi totalità dei casi perdura anche in età adulta e il cui decorso dipende in buona parte dalla precocità e specificità degli interventi abilitativi attivati in età evolutiva.

Nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che tutelano il diritto della persona con autismo a fruire di percorsi di integrazione sociosanitaria ed educativa, è cruciale che i servizi sanitari specialistici di diagnosi e trattamento siano accessibili, omogeneamente diffusi e integrati in una rete coordinata d'intervento per garantire l'approccio multi professionale, interdisciplinare ed età specifico indispensabile per poter affrontare la complessità e l'eterogeneità delle sindromi autistiche. Sono essenziali il raccordo e il coordinamento tra i vari settori sanitari coinvolti così come l'integrazione tra gli interventi sanitari e quelli scolastici, educativi e sociali, tra servizi pubblici e servizi del privato e del privato sociale, le famiglie e le loro Associazioni. Un momento cruciale è il passaggio dalla età evolutiva all'età adulta, che necessita inevitabilmente di revisione e adeguamento al mutamento delle necessità e degli obiettivi di vita; in questa fase il sistema sociale e sanitario è chiamato a intervenire compiutamente a sostegno della transizione e a fornire un'adeguata operatività in tale ambito. La stretta collaborazione tra servizi sanitari, sociali, scolastici, formativi e del lavoro permette di valorizzare le competenze specifiche dei singoli servizi correlati alle diverse fasce d'età, in particolare per quanto riguarda:

- organizzazione della presa in carico socio-sanitaria e il relativo percorso
- definizione di un progetto individuale
- interventi per la persona
- formazione continua degli operatori
- misure da adottare in caso di disturbi del comportamento
- promozione di percorsi socio - occupazionali, l'inserimento lavorativo, l'inclusione scolastica.

In tale ambito le Aziende Sanitarie, con i Centri di riferimento regionali dell'età evolutiva dell'ASL CN 1 e dell'età adulta dell'ASL Città di Torino esercitano nell'ambito della Rete la organizzazione e gestione operativa delle presa in carico e gestione delle persone assistite.

Le necessità:

**accesso
precoce a
diagnosi e
trattamento**

**l'approccio
deve essere:**

**. multi
professionale
. inter
disciplinare
. età specifico**

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

Le cure palliative sono gli interventi terapeutici e assistenziali finalizzati alla cura attiva e totale di quei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una rapida evoluzione e da prognosi infausta, non risponda più a trattamenti specifici.

In Piemonte sono erogate in base alle linee guida regionali che ne stabiliscono l'organizzazione nel rispetto dei seguenti principi:

- globalità della presa in carico della persona malata e dei suoi familiari
- tutela della dignità del paziente e rispetto della sua volontà
- salvaguardia e valorizzazione della qualità di vita nella fase terminale della malattia

Le Aziende Sanitarie progettano e realizzano nel territorio di propria competenza la rete locale di cure palliative per garantire il più possibile l'integrazione dei servizi di cura e assistenza, coniugando al meglio gli interventi ospedalieri, domiciliari e ambulatoriali. Le opportunità assistenziali prevedono in particolare:

- **CURE DOMICILIARI:** si accede per richiesta del medico di medicina generale o per dimissione protetta da un reparto ospedaliero, dopo una valutazione congiunta del medico di medicina generale, del personale della Rete di Cure Palliative e del Servizio di Cure domiciliari
- **HOSPICE:** strutture per l'assistenza in ricovero temporaneo per pazienti affetti da patologia tumorale terminale che hanno bisogno di assistenza palliativa e di supporto per le quali è in corso un'attività di sviluppo, in coerenza dei bisogni espressi dalle persone assistite

gli obiettivi:

- tutela della dignità
- rispetto della volontà
- qualità della vita nella fase terminale

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono un problema di sanità pubblica sempre più importante, soprattutto considerando la loro crescente diffusione e l'insorgenza in età sempre più precoce.

In modo particolare negli ultimi anni, e con ulteriore grave accentuazione del trend nel corso del periodo pandemico Covid-19, si è assistito a una crescita esponenziale del numero delle richieste di cura e dei conseguenti accessi ai Servizi ospedalieri in acuzie e ambulatoriali, ad un'anticipazione del primo picco di esordio dei disturbi del comportamento alimentare, fino a coinvolgere gli anni dell'infanzia e della pre-pubertà, e ad un aggravamento generale della complessità all'esordio e conseguentemente della prognosi. Arrivano pertanto ai servizi di cura bambini e ragazzi in età sempre più giovane, con un aumento della prevalenza del sesso maschile rispetto al passato, con quadri clinici articolati e con caratteristiche sempre più sfumate.

I Servizi di cura sono rappresentati dalle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica, che operano in stretta collaborazione con i servizi di Neuro Psichiatria Infantile. In questo contesto sono stati condivisi specifici Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA) per i pazienti affetti da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

Il trattamento delle patologie legate ai disturbi alimentari richiede peraltro il coinvolgimento di varie competenze professionali, anche specialistiche, e necessita della definizione di un quadro di interventi integrati, con il coordinamento di professionalità qualificate.

La Regione Piemonte intende potenziare ulteriormente le modalità di presa in carico multidisciplinare per il trattamento dei soggetti affetti da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, a partire dal miglioramento dell'accesso ai servizi

precocità di esordio

crescita esponenziale del fenomeno

FIBROMIALGIA

La fibromialgia costituisce una patologia complessa, caratterizzata da un quadro clinico multiforme. I sintomi variano sia per tipologia sia per gravità nel corso del tempo e spesso si sovrappongono con altre sindromi. La diagnosi è clinica, con esami di laboratorio e strumentali utili a escludere patologie dai sintomi simili.

La presa in carico precoce e i trattamenti tempestivi e appropriati influenzano positivamente la storia della sindrome, con ricadute favorevoli a livello clinico, psicologico, sociale ed economico. Ciononostante, sussistono ancora possibilità di miglioramento in merito alla tempestività della diagnosi, all'accesso alle terapie e al coordinamento dell'assistenza adeguata alle persone assistite.

Anche sulla base di queste considerazioni è stato sviluppato il percorso di salute e diagnostico terapeutico assistenziale regionale per la sindrome fibromialgica, finalizzato alla promozione di modalità di cura condivisi ed omogenei sul territorio regionale.

Il PSDTA è stato realizzato da un gruppo di lavoro tecnico ed è stato condiviso con le associazioni dei pazienti maggiormente rappresentative sul territorio regionale.

Il processo di gestione è finalizzato alla presa in carico della persona assistita con fibromialgia, che viene seguita da vari specialisti, tra cui reumatologi, analgesici e psicologi, presso le strutture aziendali regionali.

La Regione Piemonte intende sviluppare ulteriormente questo modello, per garantire abbattere il ritardo diagnostico e assicurare una presa in carico sempre più precoce e tempestiva dei pazienti, si farà promotore a livello nazionale dell'inserimento della patologia nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), affinché venga riconosciuta come diritto esigibile su tutto il territorio.

**la criticità:
ritardo
diagnostico**

**attività già
svolte:
· PSDTA
specifico
· presa in
carico multi
disciplinare**

FIBROSI CISTICA

La Regione Piemonte intende riqualificare il modello programmatico e organizzativo per la presa in carico dei pazienti affetti da fibrosi cistica, per renderlo maggiormente coerente con l'evoluzione dei bisogni dei pazienti e con gli atti di programmazione regionale, garantendo al tempo stesso la sostenibilità del sistema nel suo complesso.

L'evoluzione prevede il **CONSOLIDAMENTO DEI CENTRI REGIONALI DI RIFERIMENTO** rispettivamente **PER L'ETÀ PEDIATRA** (AO OIRM) **E PER L'ETÀ ADULTA** (AOU San Luigi), in un contesto che favorisce la transizione tra i due livelli, secondo procedure di riferimento omogenee e consone ai bisogni delle persone assistite.

I Centri regionali di riferimento operano per:

- promuovere la prevenzione primaria e diagnosi precoce e prenatale della FC
- gestire cura e riabilitazione dei pazienti
- favorire l'educazione e l'informazione sanitaria del paziente, dei familiari e della popolazione, con riferimento alla cura e alla prevenzione della malattia
- provvedere alla formazione e all'aggiornamento professionale del personale sociosanitario dedicato
- promuovere programmi di ricerca per migliorare le conoscenze cliniche della malattia

attività in corso:

- . **consolidare centri di cura di riferimento**
- . **promuovere prevenzione**
- . **diffondere informazione**
- . **formare il personale addetto**

ENDOMETRIOSI

L'attenzione al tema dell'endometriosi ha portato la Regione Piemonte alla formulazione di una serie di provvedimenti finalizzati a:

- promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento delle cure
- sviluppare la conoscenza della patologia e dei suoi effetti in ambito sanitario, sociale, familiare e lavorativo
- riconoscere l'associazionismo e le attività di volontariato svolte in ambito regionale e finalizzate a sostenere e aiutare le donne affette da endometriosi e le loro famiglie

In particolare, per la gestione per processi professionali ed organizzativi, è necessario sviluppare metodologie adeguate per:

- la definizione del sistema complessivo di prevenzione, diagnosi e terapia
- l'effettiva rilevazione degli indicatori di processo e di esito
- la messa in atto delle azioni preventive e correttive ai fini del miglioramento continuo, anche attraverso lo sviluppo dello specifico percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PSDTA) di riferimento

La Regione Piemonte intende implementare ulteriormente un modello integrato per la presa in carico globale e continua delle pazienti con sospetto o con diagnosi definitiva di endometriosi. È stato costituito l'Osservatorio regionale dedicato, finalizzato primariamente a:

- aggiornamento, valutazione e sviluppo degli indicatori di monitoraggio
- analisi dei flussi di dati relativi agli indicatori definiti
- valutazione dell'implementazione del PSDTA nella rete ospedaliera e sul territorio
- supporto, promozione e coordinamento alle attività di implementazione del PSDTA nei contesti aziendali.

gli obiettivi:

- **promuovere prevenzione**
- **studiare la malattia e gli impatti**
- **sostenere associazioni e pazienti**

Osservatorio Regionale Endometriosi

LA RETE DELLE MALATTIE RARE

L'attuale contesto in continua evoluzione, caratterizzato da progressi scientifici e tecnologici e da un aumento delle patologie croniche, richiede una revisione del modello organizzativo e funzionale anche per quanto riguarda delle malattie rare.

Le malattie rare, spesso complesse e di lunga durata, richiedono un elevato livello di specializzazione e un'assistenza capillare sul territorio, in grado di fornire un supporto costante ai pazienti e alle loro famiglie lungo tutto il percorso di cura, anche oltre la fase acuta della malattia.

La Rete piemontese per le Malattie Rare sta sviluppando una risposta idonea a garantire la qualità delle prestazioni assistenziali a favore di pazienti affetti da malattie rare presso specifici centri di riferimento, con attenzione alla presa in carico delle persone assistite nelle strutture territoriali più vicine al luogo di residenza.

Il modello organizzativo e funzionale si fonda sulla promozione di percorsi condivisi, sulla tempestiva diffusione di informazioni al personale coinvolto, ai pazienti e alle associazioni, secondo un'impostazione omogenea di attività erogate dai presidi della rete. Attua la presa in carico dei pazienti in forma multicentrica e multidisciplinare, allineandosi alle nuove impostazioni definite a livello nazionale.

**alto livello di
specializzazione**

**supporto a
pazienti e
famiglie**

**percorsi
terapeutici e
assistenziali
condivisi**

**presa in carico
multicentrica**

La Regione Piemonte promuoverà ulteriormente il sistema attuale, valorizzando le strutture Hub per i casi più complessi e qualificando i centri territoriali: attraverso questo approccio intende garantire la gestione ottimale e capillare delle malattie rare, migliorando l'accessibilità e la qualità dell'assistenza, per offrire al paziente le migliori cure possibili, nel luogo più vicino

LA RETE ONCOLOGICA

La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta cura e assiste le persone affette da patologie tumorali, accompagnando i pazienti lungo i percorsi di diagnosi e di terapia, offrendo modalità di cura multidisciplinari e assistenza da parte di centri dedicati. Ha la funzione di definire modelli organizzativi, adottare linee guida, percorsi e protocolli omogenei, mettere in campo azioni di sviluppo e progetti di ricerca. Il Piano di attività della Rete definisce l'organizzazione dei "nodi" della Rete Oncologica e delle relative "interconnessioni" e il programma operative e viene sviluppato in coerenza con gli obiettivi assegnati e relativi indicatori e con le risorse disponibili, nonché con le linee di indirizzo e operative per il loro raggiungimento.

Il Piano viene sottoposto a revisione periodica, almeno annuale, sulla base dell'aggiornamento dei bisogni di salute e delle eventuali criticità, del grado di attuazione degli obiettivi generali di Rete, prevedendo azioni di miglioramento e relative tempistiche.

Al raggiungimento degli obiettivi generali e specifici concorrono le diverse componenti di Rete a seconda dei relativi ruoli e livelli di responsabilizzazione. Lo sviluppo degli strumenti operativi riguarda direttamente l'ambito oncologico o lo coinvolgono attraverso importanti connessioni con altri setting (cure palliative, terapia del dolore, screening...).

L'azione delle Aziende Sanitarie si caratterizza nella definizione ed organizzazione degli assetti operativi e nelle funzioni specifiche di presa in carico dei pazienti affetti da patologie oncologiche, nel rispetto delle linee guida, dei percorsi e dei protocolli condivisi.

In ambito oncologico la Regione Piemonte intende sviluppare e attrarre terapie innovative e personalizzate, migliorare l'integrazione tra ospedale territorio, potenziare l'oncologia di prossimità, con ambulatori territoriali dedicati, collegati ai centri HUB della Rete

LA RETE PEDIATRICA

La necessità di affrontare compiutamente il tema della salute in età pediatrica comporta la ricerca di un modello organizzativo evoluto, volto a promuovere ulteriormente una organizzazione “a rete” per incrementare l’efficacia e l’efficienza complessiva del sistema, utilizzando in modo maggiormente integrato le competenze professionali e tecnologiche disponibili per ottimizzarne le potenzialità operative sull'intero ambito regionale in ambito neonatologico, pediatrico e neuropsichiatrico infantile.

La Rete regionale pediatrica individua quindi i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

In sintesi, le finalità prioritarie della Rete sono le seguenti:

- assicurare una presa in carico omogenea in ambito pediatrico su tutto il territorio regionale che assicuri l’assistenza in tutti i presidi della rete
- fornire una risposta adeguata ed appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo, comprese le urgenze - emergenze pediatriche
- ottimizzare e razionalizzare le risorse esistenti

La Regione intende concentrare le competenze e costituire nel contempo una “rete di prossimità” per i bisogni semplici / frequenti, a livello territoriale ed ospedaliero, così da garantire sicurezza, efficacia e alta professionalità, secondo un modello integrato di erogazione delle prestazioni.

gli ambiti:

- **neonatologia**
- **pediatria**
- **neuro
psichiatria
Infantile**

l'obiettivo: concentrare le competenze in “reti di prossimità”

POTENZIARE I SERVIZI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

In Piemonte vivono attualmente circa 255.000 anziani non autosufficienti, di cui il 78% è assistito a domicilio, mentre il 12% risiede in RSA. Il 16% riceve l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Le famiglie sono supportate da circa 82.000 caregiver informali (badanti).

Considerate le limitate risorse aggiuntive disponibili sia dal Fondo Sanitario che dal Fondo Sociale Nazionale, diventa fondamentale ottimizzare e integrare le risorse esistenti, valorizzando il ruolo delle famiglie e dei caregiver informali e promuovendo nuovi modelli assistenziali innovativi, capaci di rispondere efficacemente ai bisogni crescenti.



GLI INTERVENTI

- PROMUOVERE MAGGIORE EQUITÀ DISTRIBUTIVA**

attualmente si rileva una significativa variabilità nella dotazione di posti letto in RSA tra le diverse province, sia in termini assoluti sia nella suddivisione tra posti co-finanziati dal pubblico e quelli interamente a carico delle famiglie. La razionalizzazione dei servizi territoriali, delle reti ospedaliere e della emergenza-urgenza potrebbe liberare risorse da destinare allo sviluppo della rete dei servizi, contribuendo a una più equa tra province e distretti, in funzione della prevalenza relativa degli anziani non autosufficienti.

5.6

255 milaANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI**12%**ANZIANI NON
AUTOSUFFICIENTI IN
RSA**82.000**CAREGIVER INFORMALI
(BADANTI)

- **QUALIFICAZIONE E DIFFERENZIAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI**

le cure domiciliari possono essere distinte in base alle seguenti vocazioni:

- supporto ad anziani non autosufficienti con prevalenti bisogni socio - assistenziali
- sostegno alle dimissioni protette ospedaliere per la definitiva stabilizzazione del paziente
- cure domiciliari ordinarie e occasionali: per ciascuna di queste aree è essenziale definire competenze e modalità di erogazione specifiche.

Nel caso degli anziani non autosufficienti con un numero limitato di ore di assistenza disponibile, è opportuno orientare il servizio verso il counseling e il supporto ai caregiver informali o familiari. Inoltre, è necessario assicurare l'introduzione e diffusione di tecnologie digitali e telemedicina per monitoraggio a distanza

- **VALORIZZAZIONE DELLE MODALITÀ DI ACCESSO UNITARIO PER ANZIANI FRAGILI**

per superare l'attuale frammentazione tra sanità e sociale, con particolare riferimento a PUA (sportello fisico presso Case della Comunità), Numero 116117, COT

La creazione di una filiera di servizi più articolata permetterà di integrare risorse pubbliche, private e familiari a livello distrettuale.

ASSISTENZA DOMICILIARE AVANZATA (ADA)

Nell'ambito del rafforzamento della rete territoriale e dell'integrazione sociosanitaria, la Regione promuove l'implementazione di un modello strutturato di Assistenza Domiciliare Avanzata (ADA), finalizzato a garantire la presa in carico al domicilio delle persone con bisogni complessi di cura, attraverso un approccio multiprofessionale, proattivo e personalizzato. In particolare, la presa in carico dovrà avvenire tramite la valutazione multidimensionale dei bisogni (VMD), condotta da un'équipe multiprofessionale composta da medico di medicina generale, infermiere di comunità o case manager, assistente sociale, fisioterapista, operatore sociosanitario e, quando necessario, specialisti di riferimento (palliativista, geriatra, pneumologo, neurologo, ecc.). Sulla base della VMD, sarà definito un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), condiviso con il paziente e la rete familiare, che guida l'erogazione delle prestazioni. Le cure erogate in ambito ADA comprendono assistenza infermieristica avanzata (es. gestione dispositivi complessi, nutrizione artificiale, ventiloterapia), visite mediche domiciliari, riabilitazione al domicilio, supporto psicologico e interventi di tipo sociale, eventuali terapie palliative domiciliari. A supporto del modello, è prevista l'attivazione e il potenziamento delle Centrali Operative Territoriali (COT), che svolgono funzioni di coordinamento, monitoraggio e gestione delle attivazioni, rappresentando un punto di riferimento per pazienti, caregiver e professionisti. Il ricorso a strumenti digitali e tecnologie abilitanti è parte integrante del modello. In particolare, si prevede l'uso della telemedicina, del telemonitoraggio di parametri clinici, della cartella clinica elettronica integrata, nonché di applicazioni per la comunicazione tra équipe e caregiver, in coerenza con quanto previsto dal PNRR – Missione 6. L'attuazione del modello ADA sarà oggetto di monitoraggio attraverso indicatori specifici, relativi a copertura assistenziale, riduzione dei ricoveri impropri, esiti clinici e grado di soddisfazione dell'utenza. Inoltre, è prevista la formazione continua degli operatori coinvolti e lo sviluppo di strumenti condivisi per la valutazione e la pianificazione.

OTTIMIZZARE ASSISTENZA A MINORI E FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ

Le politiche sanitarie dedicate alla salute materno-infantile sono fondamentali per garantire il benessere di madri e bambini, contribuendo tra l'altro a ridurre mortalità e complicanze durante gravidanza e parto. Gli investimenti in questo ambito favoriscono inoltre la salute infantile e contrastano le disuguaglianze socio-sanitarie.

In Italia, il calo delle nascite prosegue inesorabile, confermando un trend ormai consolidato da anni. Nel 2023 si sono registrati 382.621 nati, in diminuzione rispetto ai 393.997 del 2022 e ai 401.087 del 2021. Anche in Piemonte questo fenomeno si riflette, evidenziando una nuova fase di fragilità demografica.

Gli accessi al Pronto Soccorso delle strutture ospedaliere piemontesi da parte di minori tra 0 e 14 anni mostrano differenze significative tra le diverse ASL, in relazione alla popolazione di riferimento. Queste variazioni possono dipendere da molteplici fattori, tra cui il diverso ruolo della medicina territoriale nei vari territori, e necessitano di ulteriori approfondimenti per valutarne la capacità di offrire risposte alternative al Pronto Soccorso.

Un focus particolare merita il tema del **disagio psicologico minorile** attraverso i dati della neuropsichiatria infantile. La domanda di prestazioni, come in tutta Italia, è in deciso aumento, con fabbisogni molto eterogenei quali, ad esempio, i disturbi dello spettro autistico, gli esordi psicotici precoci, i disturbi alimentari o i disturbi del neurosviluppo. Tali trend, rafforzati dall'impatto della pandemia sulla popolazione giovanile Piemontese, sono confermati a partire da due elementi:

- l'aumento delle prestazioni ambulatoriali e specialistiche in neuropsichiatria infantile
- l'incremento del consumo di farmaci associati a condizioni patologiche frequenti tra i minori

Nel 2023, rispetto al 2019, si è registrato un aumento del **10,4% delle prestazioni erogate dai servizi di neuropsichiatria infantile**. La variazione in valore è pari al 7,18%. Le prestazioni maggiormente richieste comprendono colloqui psicologici individuali, colloqui con i genitori, rieducazione dei disturbi comunicativi complessi, psicoterapia individuale e visite di controllo in neuropsichiatria.


5.7

**nascite
in calo**

**aumenta il
disagio
giovanile**

+ 7,18%

PRESTAZIONI IN NPI

Parallelamente, si è osservato un significativo incremento del consumo di farmaci correlati a disturbi psicologici e comportamentali comuni nella popolazione giovanile, tra cui i Disturbi del Comportamento Dirompente (DOC), il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) e il Disturbo Depressivo.

Alla luce di quanto emerso, la Regione investe sul percorso nascita, sulla salute dell'infanzia e dei bambini in età scolare e adolescenziale, promuovendo l'integrazione tra i diversi servizi, favorendo sicurezza e qualità delle cure, e supportando in particolare le situazioni di fragilità materne e dei nuclei familiari.



GLI INTERVENTI

Alla luce di quanto emerso, la Regione intende investire su:

- rafforzamento del **PERCORSO NASCITA**
- promozione della **SALUTE DELL'INFANZIA E DEI BAMBINI** in età scolare e adolescenziale
- integrazione tra i diversi servizi, favorendo sicurezza e qualità delle cure
- **SUPPORTO ALLE SITUAZIONI DI FRAGILITÀ MATERNE E DEI NUCLEI FAMILIARI**, promuovendo reti territoriali di supporto, anche in collaborazione con i servizi sociali e il Terzo Settore
- **PRESIDIO DEL DISAGIO PSICOLOGICO E NEUROPSICHICO IN ETÀ EVOLUTIVA** con potenziamento dei servizi di Neuro Psichiatria Infantile Adolescenziale (NPIA) in modo che sia estesi in modo più capillare sul territorio

DIFFONDERE INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

la prevenzione rappresenta un pilastro fondamentale per la salute pubblica e la sostenibilità dei sistemi sanitari. Tra le sfide principali il miglioramento della copertura vaccinale, l'aumento dell'adesione agli screening oncologici e la promozione di stili di vita sani per ridurre il rischio di malattie croniche

La cornice è data dai seguenti documenti strategici:

- Piano Regionale di Prevenzione
- Piano gestione emergenze pandemiche da virus e batteri (PanFlu)
- Piano regionale per la gestione delle arbovirosi
- Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV)
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico resistenza (PNCAR) e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
- Programma regionale screening oncologici
- Piano di Vigilanza per la sicurezza sul lavoro, Documento strategico per la Tutela della salute e sicurezza sul lavoro e per i Dipartimenti di Prevenzione
- Coordinamento regionale per salute, ambiente, biodiversità e cambiamenti climatici
- Piano Regionale Integrato per i controlli sulla Sicurezza Alimentare (PRISA)
- Piani di profilassi, eradicazione e sorveglianza delle malattie animali e Piani di gestione delle emergenze



GLI INTERVENTI

- migliorare la copertura vaccinale anti - influenzale negli over 65
- incentivare l'adesione ai programmi di screening oncologici già attivi nell'ambito di Prevenzione Serena (mammella, cervice uterine, colon retto)
- aumentare la copertura vaccinale contro papilloma virus umano (HPV) per rafforzare la prevenzione delle patologie correlate all'infezione da HPV
- consolidare le pratiche virtuose nella promozione di attività fisica, mobilità attiva, stili di vita corretti attraverso gruppi di cammino, programmi di attività fisica adattata e proposte specifiche per patologia
- contrastare l'antimicrobico-resistenza (AMR)
- sviluppare programmi per la prevenzione delle dipendenze
- migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro e i relativi controlli

**PUNTO DI ATTENZIONE**

promuovere maggiori livelli di interazione tra Dipartimenti di Prevenzione / SISP con le altre articolazioni aziendali, il sistema delle cure primarie, i principali stakeholder esterni.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE E INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

Le malattie infettive continuano a rappresentare un problema di salute pubblica complesso, che richiede un approccio sistemico, integrato e costantemente aggiornato. In Piemonte proseguono, in coerenza con le indicazioni nazionali, le attività di **coordinamento e rafforzamento della preparedness** nei confronti delle emergenze infettive, attraverso il monitoraggio e l'aggiornamento del **Piano pandemico regionale**, sia a livello centrale che aziendale (ASL). Un focus specifico è dedicato alla prevenzione e al controllo delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST), con particolare attenzione alla diagnosi precoce, alla riduzione dello stigma e al coinvolgimento attivo dei gruppi a maggior rischio.

Le principali azioni in corso includono:

- screening gratuito per Clamidia, Gonorrea e HIV, con test accessibili nei centri specializzati e nelle comunità a rischio
- campagne di sensibilizzazione educative rivolte ai giovani e percorsi informativi nelle scuole
- coinvolgimento delle organizzazioni no profit ed enti del terzo settore per favorire l'accesso ai test, anche in luoghi non convenzionali
- voluntary counseling and testing
- accesso uniforme alle cure, attraverso l'adozione di protocolli terapeutici condivisi, disponibilità della terapia antiretrovirale, promozione della profilassi pre-esposizione (PrEP) e prevenzione della trasmissione madre-figlio in gravidanza.

**PUNTO DI ATTENZIONE**

È necessario migliorare le modalità di identificazione della popolazione target e il reclutamento attraverso:

- la collaborazione con i SERD
- l'individuazione di buone prassi per intercettare le categorie svantaggiate
- sviluppo di progetti di advocacy e community engagement

**AZIONI IN
CONTINUITÀ:**
**screening
gratuiti**
**campagne di
comunicazione**
counseling
**protocolli
uniformi**

AZIONI IN CONTINUITÀ screening neonatale esteso SNE

Lo screening neonatale esteso rappresenta una delle principali strategie di prevenzione secondaria in ambito pediatrico, finalizzata alla diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie e di patologie genetiche per cui esistono terapie efficaci e tempestive. Grazie ai progressi nella diagnostica, come l'uso di metodiche biochimiche avanzate e test genetici di nuova generazione, e alle innovazioni terapeutiche, quali terapie enzimatica sostitutiva e terapie geniche, è possibile oggi evitare danni irreversibili a carico del sistema nervoso centrale e di altri organi nei neonati affetti. La Regione Piemonte, in ottemperanza alle direttive nazionali e con particolare attenzione alle esigenze locali, ha già adottato un programma di screening che prevede l'analisi di circa 50 patologie, integrando anche alcune condizioni non ancora inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), quali l'iperplasia surrenalica congenita. La Valle d'Aosta, in coordinamento con Piemonte, partecipa attivamente all'organizzazione e gestione del programma. Il Piano prevede il consolidamento e il potenziamento del sistema attuale attraverso:

- il rafforzamento del percorso organizzativo, che vede il laboratorio di riferimento presso l'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino come centro nodale per l'esecuzione dei test e per la conferma diagnostica, supportato da un sistema di raccolta e trasporto dei campioni efficiente e puntuale da tutti i punti nascita regionali
- l'implementazione di un sistema informativo integrato per la gestione informatizzata di tutti i dati, che consenta tracciabilità, rapidità nella refertazione e condivisione delle informazioni con le strutture cliniche di riferimento
- la formazione continua del personale sanitario coinvolto, per garantire l'aggiornamento su nuove tecnologie diagnostiche e su indicazioni cliniche più recenti
- il monitoraggio costante degli esiti clinici e l'inserimento dei casi diagnosticati nei registri regionali e nazionali delle malattie rare, per supportare attività di ricerca e miglioramento continuo del programma

Per migliorare significativamente la capacità diagnostica precoce, sarà **AMPLIATO IL PANNELLO DI MALATTIE INCLUSE NELLO SCREENING**, con l'inserimento di patologie recentemente riconosciute per la loro rilevanza clinica e trattabilità precoce, incluse eventuali condizioni ulteriori non ancora inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) cui si darà copertura economico-finanziaria con risorse aggiuntive. L'adozione di questo piano favorirà l'accesso tempestivo a cure efficaci, riducendo l'incidenza di complicanze gravi e disabilità a lungo termine e contribuirà a ottimizzare le risorse sanitarie e sociali, con benefici evidenti per la collettività.

POTENZIARE L'ASSISTENZA SANITARIA PENITENZIARIA CON IL SUPPORTO DELLE NUOVE TECNOLOGIE

Il modello della Sanità Penitenziaria prevede che la risposta ai bisogni di cura venga articolata e connotata attraverso livelli di intensità e complessità più o meno elevati, a seconda delle esigenze di salute e dei circuiti di sicurezza - sorveglianza.

Il principio guida è l'adeguamento della rete dei servizi sanitari penitenziari al modello di assistenza sanitaria territoriale previsto per i cittadini liberi.

La gradualità dell'intensità assistenziale erogata dai Servizi Sanitari Penitenziari deve essere commisurata alla complessità gestionale, determinata non solo dal numero della popolazione detenuta, ma anche dalla specificità dei circuiti penitenziari presenti.

Si tratta in altri termini di modulare l'erogazione di prestazione di assistenza sulla base delle specifiche esigenze dei ristretti, attraverso un modello di risposta fondato su una maggiore flessibilità quali-quantitativa degli interventi, che deve trovare sul Piano di Assistenza Individualizzato la sua espressione.

La pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti che necessitano di particolare impegno assistenziale è orientata al modello organizzativo in cui l'attività è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali tra i diversi centri operativi. Tale impostazione prevede servizi sanitari di riferimento sia intra che extra penitenziari. Ogni ASL sede di Istituto Penitenziario definisce l'organizzazione interna del Servizio sanitario penitenziario uniformandosi ai principi guida di riferimento, ponendo il Servizio in capo alla Struttura Territoriale aziendale di riferimento.

In tale contesto sarà anche da attenzionare il percorso di sviluppo delle **Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - REMS**, le strutture destinate ad ospitare gli autori di reato affetti da patologia mentale.

Tale modello, anche in considerazione dei bisogni emergenti, è da sviluppare ulteriormente ed è da sottoporre a monitoraggio periodico, per la messa in atto delle specifiche azioni di miglioramento.

6

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA



INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

6.0

L'integrazione tra servizi sanitari e sociali è fondamentale per la presa in carico globale del paziente in quanto garantisce equità e personalizzazione dell'assistenza, soprattutto nei confronti delle persone in condizioni di fragilità, cronicità o non autosufficienza.

La Regione Piemonte intende **rafforzare la costruzione di una rete integrata di servizi** in grado di rispondere in modo coordinato ai bisogni complessi, attraverso una maggiore sinergia tra ASL, Comuni, Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e Terzo Settore.

Le strategie includono:

- creazione di percorsi assistenziali condivisi tra ASL, Comuni e servizi sociali
- maggiore collaborazione con il Terzo Settore
- sviluppo di équipe multidisciplinari per pazienti fragili e non autosufficienti
- convenzione unica per tutta la Regione Piemonte tra le singole ASL ed i singoli EE.GG.

PERCORSI ASSISTENZIALI CONDIVISI TRA ASL, COMUNI E SERVIZI SOCIALI

Per affrontare in modo efficace la crescente complessità dei bisogni sociosanitari della popolazione, è indispensabile superare l'attuale frammentazione tra servizi, promuovendo **percorsi integrati e condivisi di cura e assistenza**, centrati sulla persona e sul suo progetto di vita. La Regione Piemonte favorirà la definizione e l'adozione di protocolli operativi territoriali tra ASL, Comuni, Enti gestori e Terzo Settore per:

- semplificare l'accesso ai servizi, attraverso la realizzazione di sportelli unici, Punti Unici di Accesso (PUA) e punti di contatto territoriali integrati, anche digitali
- garantire una valutazione multidimensionale unificata del bisogno, come base per l'elaborazione di progetti personalizzati di presa in carico
- attivare percorsi di accompagnamento nei passaggi critici del ciclo di vita, come la dimissione ospedaliera, la perdita dell'autonomia, l'insorgenza di una cronicità complessa o le emergenze sociali
- definire ruoli, responsabilità e tempi certi nella presa in carico condivisa, attraverso strumenti di coordinamento inter-istituzionale e governance integrata

Un'attenzione particolare dovrà essere rivolta allo sviluppo dei **Budget di Salute**, come strumento per realizzare progetti individualizzati e co-progettati, che mettano in rete risorse pubbliche, private e familiari, con l'obiettivo di garantire interventi flessibili, personalizzati e orientati alla qualità della vita e all'inclusione sociale

COLLABORAZIONE CON IL TERZO SETTORE

6.2

Il Terzo Settore, grazie alla sua capillarità territoriale, alla prossimità con le comunità e alla capacità di innovazione sociale, rappresenta un partner imprescindibile per il sistema pubblico. La Regione Piemonte intende **rafforzare la collaborazione strutturata** con le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali e le associazioni di promozione sociale, attraverso:

- la stipula di accordi per la co-programmazione e co-progettazione dei servizi, per garantire interventi integrati e risposte più efficaci ai bisogni dei cittadini
- il coinvolgimento stabile e continuativo nelle tavole territoriali di governance socio-sanitaria, favorendo la partecipazione attiva del Terzo Settore alle decisioni e alla pianificazione
- la valorizzazione delle esperienze consolidate di presa in carico comunitaria, mutuo aiuto, supporto domiciliare, trasporto sociale e promozione del benessere, riconoscendo il ruolo fondamentale svolto sul territorio

Inoltre, l'attuazione dovrà prevedere specifiche azioni di formazione congiunta tra operatori pubblici e Terzo Settore, per promuovere linguaggi, strumenti e obiettivi condivisi, favorendo così una reale integrazione operativa e culturale.

SVILUPPO DI ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARI PER PAZIENTI FRAGILI E NON AUTOSUFFICIENTI

Per garantire una presa in carico efficace, integrata e personalizzata, la Regione Piemonte promuove lo sviluppo di équipe multidisciplinari dedicate ai pazienti fragili e non autosufficienti. Questi team, composti da professionisti sanitari, sociali e sociosanitari, lavorano in sinergia per rispondere ai molteplici bisogni clinici, assistenziali e sociali della persona. L'approccio multidisciplinare facilita la condivisione delle informazioni, la continuità assistenziale e l'elaborazione di piani di cura personalizzati che tengano conto delle specificità individuali, riducendo il rischio di frammentazione dei servizi e migliorando gli esiti di salute. Inoltre, le équipe favoriscono il coinvolgimento attivo dei pazienti e dei loro caregiver, supportando la gestione domiciliare e il mantenimento della qualità della vita, contribuendo così a contenere i ricoveri ospedalieri e promuovere l'autonomia. Questo modello organizzativo rappresenta un elemento chiave per rispondere in modo integrato alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione e dalla complessità crescente dei bisogni assistenziali.

Le équipe avranno il compito di:

- costruire e gestire Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) e Piani di Cura Personalizzati (PCP)
- assicurare continuità tra i diversi setting assistenziali (ospedale, territorio, domicilio)
- attivare tempestivamente i servizi necessari (ADI, SAD, RSA aperta, ecc.)
- garantire un monitoraggio costante dell'evoluzione del bisogno

L'approccio integrato e multidimensionale sarà assicurato da strumenti digitali (come il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0) e da sistemi di comunicazione interoperabili tra ASL, Comuni e partner sociali.

RIORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE E

La Regione Piemonte intende promuovere una profonda evoluzione dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Locali, finalizzata a rafforzare l'integrazione tra le dimensioni sanitaria e sociale, valorizzare le competenze professionali presenti nel sistema e migliorare la qualità, la continuità e l'efficienza dei percorsi assistenziali. In tale direzione, si prevede di valutare ed eventualmente istituire i seguenti due nuovi dipartimenti: il **DIPARTIMENTO SOCIOSANITARIO** e il **DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE**. Il Dipartimento Sociosanitario, affidato alla responsabilità di un Direttore Sociosanitario, avrà il compito di pianificare, coordinare e valutare le attività a carattere sociosanitario, contribuendo alla costruzione di un modello organizzativo fondato sulla presa in carico integrata, sulla prossimità e sulla capacità di risposta ai bisogni complessi legati alla cronicità, alla disabilità, alla non autosufficienza e al disagio sociale. Il Dipartimento lavorerà in stretto raccordo con i Distretti, i Dipartimenti di Prevenzione, i Dipartimenti Sanitari e con i Comuni, promuovendo il superamento delle barriere tra ospedale e territorio e favorendo la collaborazione tra ambiti sanitari e sociali. Tra le funzioni assegnate al Dipartimento Sociosanitario rientrano il monitoraggio continuo delle attività e degli esiti socio-sanitari, la promozione del raccordo tra Aziende, enti locali e terzo settore per garantire la continuità assistenziale, l'elaborazione di proposte operative per l'integrazione tra percorsi clinici e sociali, lo sviluppo di programmi di prevenzione e promozione della salute integrati, il coordinamento delle attività rivolte alle categorie più fragili e la produzione di report periodici sull'impatto organizzativo ed economico dei percorsi attivati. In coerenza con il principio di sostenibilità economica, il Direttore Sociosanitario contribuirà inoltre a individuare soluzioni organizzative condivise con la Direzione Sanitaria, nel rispetto del vincolo di pareggio di bilancio e dell'appropriatezza dei servizi territoriali. Parallelamente, la Regione intende istituire il Dipartimento Assistenziale, al quale afferiranno, in termini gerarchici e funzionali, le professioni sanitarie e socio-sanitarie non mediche: infermieri, tecnici, operatori socio-sanitari, assistenti sanitari, fisioterapisti, educatori professionali e altre figure che operano nei percorsi di cura e assistenza. Il Dipartimento avrà un ruolo strategico nella programmazione, nella gestione e nella valutazione dei processi assistenziali, e sarà dotato di autonomia gestionale e di un proprio budget, operando in sinergia con i Dipartimenti medici e le altre articolazioni aziendali. L'istituzione del Dipartimento Assistenziale rappresenta un passaggio fondamentale per il riconoscimento della responsabilità professionale e dell'autonomia organizzativa delle professioni sanitarie. La direzione del Dipartimento sarà affidata ad un dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica in piena coerenza con l'ordinamento vigente. Tale configurazione non interferisce con la responsabilità clinica, che rimane in capo al medico, ma consente di sviluppare un efficace governo multiprofessionale dei percorsi assistenziali, fondato su competenze differenziate e responsabilità condivise. Il Dipartimento Assistenziale potrà essere la sede naturale per lo sviluppo di percorsi personalizzati di presa in carico, per la promozione della formazione continua e per l'innovazione organizzativa, anche in attuazione di quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. L'istituzione dei due Dipartimenti mira a promuovere un modello di governance più partecipato, trasparente e orientato ai risultati. Il rafforzamento delle funzioni di coordinamento e valorizzazione delle professioni sanitarie consentirà di rendere più tempestiva, efficace e sostenibile la risposta ai bisogni di salute e assistenza della popolazione. La Regione avvierà un percorso graduale di implementazione, prevedendo sperimentazioni iniziali in alcune Aziende selezionate, con successiva estensione su scala regionale.

7

INNOVAZIONE E DIGITALIZZAZIONE



INNOVAZIONE E DIGITALIZZAZIONE

7.0

La Regione Piemonte ha posto solide basi per l'armonizzazione progressiva dei sistemi informativi sanitari e l'introduzione di nuovi servizi digitali, creando così un ecosistema integrato a beneficio di operatori e cittadini. Il Piano prevede ora di consolidare e ampliare tali progressi attraverso un rafforzamento dell'integrazione informativa e lo sviluppo di soluzioni innovative, con un utilizzo sistematico e strategico dei dati sanitari e amministrativi. Questo approccio favorisce un monitoraggio efficace, un governo più efficiente del sistema e decisioni basate su logiche di business intelligence e sanità data-driven. Per raggiungere questi obiettivi, la Regione intende attuare i seguenti interventi chiave:

- definire obiettivi aziendali misurabili per lo sviluppo della digitalizzazione, legandoli agli incentivi delle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie;
- rafforzare il coordinamento regionale attraverso momenti strutturati di confronto, quali cabine di regia e tavoli tecnici, per garantire un dialogo continuo e partecipativo tra tutti gli attori regionali e aziendali coinvolti;
- stabilire un modello organizzativo per governare l'innovazione digitale, definendo con chiarezza i ruoli e le responsabilità di Regione, Azienda Zero e Aziende sanitarie nei processi di trasformazione digitale;
- implementare un sistema di valutazione e monitoraggio basato su indicatori di performance e metriche specifiche, per misurare e governare l'impatto delle innovazioni digitali;
- migliorare l'interoperabilità dei sistemi informativi sia a livello infra-aziendale che interaziendale, garantendo il rispetto di standard omogenei per la sintassi e la semantica dei dati;
- promuovere l'adozione di piani formativi dedicati allo sviluppo delle competenze digitali del personale sanitario e amministrativo, per favorire l'utilizzo delle tecnologie digitali nei percorsi assistenziali

Infine, la Regione intende esplorare le potenzialità dell'intelligenza artificiale, promuovendo un governo strategico e una programmazione organica per l'introduzione di soluzioni AI, al fine di innovare e potenziare ulteriormente il sistema sanitario

**business
intelligence**

**logica data
driven**

**modello
partecipativo**

monitoraggio

soluzioni AI

POTENZIARE IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

I dati regionali relativi all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) evidenziano una migliore indicizzazione delle lettere di dimissione, dei verbali di pronto soccorso, dei referti di laboratorio e radiologia rispetto ad altre tipologie documentali, quali i referti di specialistica ambulatoriale, che presentano ad oggi una significativa variabilità tra le diverse aziende sanitarie piemontesi.

Nel corso del 2024, le aziende sanitarie pubbliche della Regione hanno raggiunto livelli elevati di alimentazione del FSE, garantendo una copertura quasi completa per i referti di laboratorio e circa il 90% per referti di radiologia, anatomia patologica e verbali di Pronto Soccorso. Le lettere di dimissione ospedaliera mostrano una copertura intermedia, con un trend in costante crescita. I referti di specialistica ambulatoriale si attestano a una copertura superiore al 50% da parte degli erogatori pubblici. In termini di formato, si osserva una crescente adesione allo standard FSE 2.0 (CDA2), essenziale per assicurare interoperabilità e qualità dei dati. Nel 2024, oltre il 90% delle lettere di dimissione ospedaliera e dei verbali di Pronto Soccorso sono stati caricati in formato CDA2, mentre la quota relativa ai referti di specialistica ambulatoriale (58,5%) resta ancora da migliorare.

Per quanto riguarda le aziende sanitarie private, è necessario promuovere interventi mirati volti a potenziare il conferimento documentale: nel 2024 è stata prevista la concessione di un contributo a fondo perduto a valere sulle risorse del PNRR vincolato alla realizzazione degli interventi di adeguamento tecnologico.

Parallelamente all'implementazione tecnologica, la Regione riconosce l'importanza cruciale del piano di sviluppo delle competenze digitali rivolto agli operatori sanitari e socio-sanitari. La formazione continua è indispensabile per garantire un utilizzo efficace e consapevole del FSE, favorendo la corretta produzione, gestione e condivisione dei dati clinici, migliorando così la qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente.

Un ruolo strategico assume il **PATIENT SUMMARY**, ovvero il riepilogo clinico standardizzato che sintetizza le informazioni essenziali sullo stato di salute del paziente e sui suoi trattamenti in corso. Il Patient Summary rappresenta uno strumento chiave per garantire la continuità assistenziale, soprattutto nei casi di emergenza o di passaggio tra diversi livelli di cura, facilitando la condivisione tempestiva e sicura delle informazioni tra operatori sanitari e sociali.

PNRR Missione 6 investimento 1.3.1

engagement di aziende private

ruolo del patient summary

DIFFONDERE LA TELEMEDICINA PER IL MONITORAGGIO DEI PAZIENTI CRONICI

La telemedicina rappresenta una leva strategica per potenziare l'accessibilità, la continuità e l'equità delle cure, in particolare nei confronti delle persone con patologie croniche, fragilità o residenti in aree interne e montane. In Piemonte, negli ultimi anni, alcune Aziende Sanitarie hanno avviato sperimentazioni autonome, dando origine a un panorama eterogeneo di piattaforme locali. Sebbene alcune di queste soluzioni siano potenzialmente integrabili nella futura architettura regionale, si rende necessario superare la frammentazione e garantire una governance unitaria.

Per questo motivo, è stato definito un **piano operativo** regionale e un **modello organizzativo** volto a disciplinare l'implementazione della telemedicina, in coerenza con i Livelli Essenziali di Assistenza e le linee guida nazionali. In parallelo, **Azienda Zero** ha istituito un **gruppo regionale di telemedicina**, articolato in due componenti: uno tecnico-informatico e uno clinico-organizzativo, con l'obiettivo di accompagnare l'introduzione sistematica di questi servizi all'interno dei percorsi di cura.

In attesa dell'attivazione a regime dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, si osserva un utilizzo disomogeneo delle prestazioni a distanza, con una maggiore concentrazione in alcune ASR e ambiti specialistici, tra cui:

- Ematologia
- Cure palliative
- Diabetologia
- Geriatria
- Neuropsichiatria infantile e psicologia
- Cardiologia

In attuazione dell'**Investimento 1.2.3 – Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici** del PNRR (Componente 1), il Piano prevede la progressiva attivazione e diffusione, su tutto il territorio regionale, dei seguenti servizi minimi di telemedicina: televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio.

Per accompagnare il pieno sviluppo della telemedicina, la Regione promuoverà anche:

- un modello organizzativo regionale unico per l'erogazione delle prestazioni
- un piano di formazione per operatori sanitari finalizzato allo sviluppo di competenze digitali e all'adozione uniforme degli strumenti
- il coinvolgimento delle farmacie, dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta nella presa in carico dei pazienti attraverso modelli digitali condivisi
- la definizione di criteri comuni per la valutazione dell'appropriatezza, la sicurezza e la qualità delle prestazioni erogate a distanza

PNRR Missione 6 investimento 1.2.3.

piano operativo regionale

SVILUPPARE PIATTAFORME BASATE SU

L'intelligenza artificiale (IA) rappresenta una leva strategica per innovare i servizi sanitari, rafforzare la capacità predittiva e decisionale, ottimizzare i percorsi assistenziali e semplificare i processi amministrativi. In linea con le indicazioni nazionali ed europee, la Regione Piemonte intende promuovere un utilizzo responsabile, sicuro e orientato al valore dell'IA, come parte integrante della transizione digitale del Servizio Sanitario Regionale. Per garantire un'adozione coerente con i bisogni del sistema e fondata su evidenze, il Piano prevede:

- **mappatura delle esperienze aziendali già in corso**, per individuare soluzioni tecnologiche consolidate o in fase di sperimentazione in ambito clinico, amministrativo, gestionale o nella ricerca; valorizzare i modelli organizzativi e le competenze professionali già attive; promuovere la condivisione delle buone pratiche tra aziende e territori
- **rilevazione delle priorità di applicazione**, con il coinvolgimento diretto di operatori e stakeholder del SSR, per identificare aree cliniche e gestionali in cui l'IA può generare impatto rilevante (es. supporto alla diagnosi precoce, stratificazione del rischio, triage automatizzato, ottimizzazione delle agende, analisi predittiva delle cronicità, gestione delle liste d'attesa); selezionare casi d'uso ad alto valore aggiunto per i cittadini e sostenibili per il sistema.

Sulla base di queste analisi, la Regione definirà una **STRATEGIA CONDIVISA PER L'ADOZIONE DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE**, fondata su criteri di trasparenza, eticità, rispetto della privacy e coerenza con gli standard nazionali ed europei oltre che una roadmap operativa che includa: i) la selezione dei progetti pilota da sviluppare in contesti reali; ii) la definizione di indicatori per il monitoraggio degli impatti; iii) l'attivazione di sinergie con università, centri di ricerca, aziende sanitarie e partner tecnologici.

Elemento abilitante sarà lo sviluppo di un Piano regionale per le competenze digitali, che preveda formazione specifica per operatori sanitari, dirigenti e amministrativi, per garantire l'utilizzo consapevole delle soluzioni di IA e l'integrazione efficace nei processi clinico-assistenziali.

L'adozione dell'IA, nel rispetto dei decreti nazionali che potranno essere emanati nei prossimi anni, sarà inoltre integrata con le politiche di sanità digitale, attraverso l'interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l'utilizzo dei dati real world per l'analisi predittiva e il rafforzamento della governance dei dati in sanità.

In ultimo, il ruolo di supporto dell'IA sarà tenuto in considerazione anche per efficientare l'iter delle attività amministrative.

data
governance

scouting
tecnologico

roadmap
condivisa

skill
specifiche

strategia
condivisa
per AI

ESTENSIONE DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA E DELLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA DEMATERIALIZZATA

La digitalizzazione integrale dei processi clinici rappresenta una leva strategica per garantire **sicurezza, appropriatezza, continuità e qualità** delle cure in tutto il sistema sanitario regionale. In quest'ottica, la Regione Piemonte intende estendere l'utilizzo del **SISTEMA DI CARTELLA CLINICA ELETTRONICA INTEGRATA (CCEI)** e del modulo di prescrizione farmaceutica elettronica a tutti i reparti ospedalieri, dai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), già interessati da significativi interventi finanziati dal PNRR, fino alle strutture territoriali e di specialistica ambulatoriale.

L'attuazione di questo progetto si basa su quanto già realizzato nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con particolare riferimento agli investimenti dedicati ai DEA di primo e secondo livello, che hanno consentito l'introduzione di piattaforme digitali integrate per la gestione dei dati clinici e prescrittivi, incrementando l'efficienza, la sicurezza del paziente e la comunicazione interdisciplinare nelle fasi critiche dell'accettazione e della cura d'urgenza e l'iniziativa regionale con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 10-692 del 30 dicembre 2024 riguardante i Piani Terapeutici e le Schede di Prescrizione farmacologica.

Gli obiettivi chiave dell'estensione del sistema includono:

- uniformità e integrazione delle informazioni cliniche e farmacologiche, garantendo che i dati relativi a diagnosi, terapie e prescrizioni siano disponibili in tempo reale a tutti gli operatori coinvolti nel percorso di cura
- miglioramento della sicurezza prescrittiva, attraverso l'implementazione di sistemi di supporto decisionale clinico che rilevano in automatico possibili errori, controindicazioni e interazioni farmacologiche, riducendo il rischio di eventi avversi
- promozione della continuità assistenziale, con la condivisione immediata delle informazioni fra ospedale, medicina territoriale, specialistica e assistenza domiciliare, in linea con i modelli di presa in carico integrata e personalizzata
- ottimizzazione dei flussi documentali e operativi, riducendo tempi e oneri amministrativi, permettendo agli operatori di focalizzarsi maggiormente sull'attività clinica e assistenziale
- integrazione completa con il Fascicolo Sanitario Elettronico, per garantire la disponibilità dei dati anche al di fuori della struttura ospedaliera e migliorare la gestione globale del paziente, favorendo approcci di sanità digitale e data driven
- utilizzo della firma digitale da parte degli operatori sanitari
- sostenibilità e scalabilità del sistema, adottando standard interoperabili conformi a normative nazionali e regionali, per facilitare aggiornamenti futuri e ampliamenti a nuovi contesti clinici



7.4

**sistema di
accesso
digitalizzato**

**trasparenza,
equità,
tempestività,
appropriatezza**

**gestione
integrata dei
dati clinici e
farmacologici**

**ottimizzazione
dei flussi
documentali e
operativi**

**integrazione
con FSE**

Inoltre, la Regione Piemonte intende rafforzare l'innovazione digitale del sistema sanitario attraverso la completa **DEMATERIALIZZAZIONE DEI PIANI TERAPEUTICI (PT)** e la progressiva **INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI DI PRESCRIZIONE**, in un'ottica di maggiore efficienza, sicurezza e integrazione tra i diversi attori del percorso di cura. L'obiettivo è garantire una reale continuità tra ospedale e territorio, permettendo ai medici specialisti, ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) di **accedere in modo tempestivo e condiviso alle informazioni cliniche necessarie** per la gestione dei trattamenti farmacologici, soprattutto per i farmaci ad alto costo o ad alta complessità prescrittiva.

L'adozione di strumenti digitali per la redazione e la gestione dei PT consente di:

- migliorare l'appropriatezza prescrittiva, favorendo l'impiego di terapie basate su evidenze scientifiche e garantendo il rispetto dei criteri di eleggibilità definiti a livello regolatorio
- ridurre in modo significativo il potenziale rischio di errori, superando le criticità legate alla compilazione manuale e alla trascrizione cartacea.

L'integrazione dei Piani Terapeutici nel Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e nei sistemi regionali e nazionali, come il Sistema di Accoglienza Regionale (SAR), i registri AIFA e la piattaforma Tessera Sanitaria (TS), consente di rendere disponibili le informazioni cliniche in modo omogeneo, accessibile e tracciabile, garantendo la mobilità del cittadino tra le diverse strutture del Servizio Sanitario.

A seguito dell'introduzione della nuova piattaforma informatica regionale, è inoltre prevista l'estensione della possibilità di redigere Piani Terapeutici anche ai medici afferenti a strutture private accreditate che erogano prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Tale possibilità sarà subordinata alla partecipazione a specifici percorsi di formazione e all'autorizzazione preventiva da parte della Regione, al fine di garantire uniformità di trattamento, qualità prescrittiva e piena tracciabilità. Questa trasformazione digitale rappresenta anche un'opportunità strategica per il governo della spesa sanitaria, grazie alla possibilità di costruire cruscotti di monitoraggio a livello aziendale e regionale, utili a valutare l'uso dei farmaci, l'aderenza terapeutica e l'appropriatezza delle prescrizioni. Inoltre, la disponibilità di dati strutturati e omogenei supporta la programmazione sanitaria e l'attivazione di controlli puntuali, soprattutto nei percorsi ad alto impatto clinico ed economico. Infine, la dematerializzazione dei PT favorisce un ruolo più attivo e consapevole del cittadino, che potrà accedere ai propri piani terapeutici tramite i canali digitali e interagire in modo più efficace con i professionisti della salute.

**digitalizzare
prescrizioni e
PT per:**

**condividere
informazioni
cliniche,
migliorare
appropriatezza,
ottimizzare
gestione
farmaci ad alto
costo, ridurre
errori**



DIGITALIZZARE PERCORSI DI PRENOTAZIONE E GESTIONE LISTE DI ATTESA

Digitalizzare i percorsi di accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta una leva strategica per garantire **trasparenza, equità, appropriatezza e tempestività** nell'erogazione dei servizi. In coerenza con gli obiettivi del **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)** e con il **PNRR**, la Regione Piemonte intende rafforzare e innovare gli strumenti digitali per la gestione della domanda, l'organizzazione dell'offerta e il monitoraggio delle agende cliniche. L'obiettivo è la costruzione di un **sistema unico, integrato e interoperabile per la prenotazione, tracciabilità e gestione delle prestazioni sanitarie relative ai diversi setting assistenziali del SSN, di Libera professione**, a beneficio di cittadini, professionisti e decisori. Linee d'intervento prioritarie sono:

- unificare e digitalizzare il ciclo di accesso: dalla prescrizione alla fruizione della prestazione, attraverso canali digitali (CUP regionale, portale salute.piemonte.it, FSE 2.0) e sportelli assistiti
- integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico per garantire continuità e visibilità del percorso clinico, consentendo anche il monitoraggio delle prestazioni prescritte e non ancora erogate
- definire criteri di prioritizzazione standardizzati, per garantire la presa in carico delle urgenze e dei casi clinici secondo livelli di priorità (U, B, D, P) e relativi quesiti diagnostico, integrati nei sistemi di prenotazione
- sviluppo di piattaforme intelligenti per la gestione dinamica delle agende, supportate da algoritmi di intelligenza artificiale per ottimizzare il riempimento degli slot, rilevare incongruenze e suggerire azioni correttive
- completare il percorso di dematerializzazione della ricetta nelle sue tre fasi: prescrizione, prenotazione ed erogazione.

In particolare, con il nuovo sistema CUP, realizzato con Azienda zero, la Regione intende realizzare i seguenti risultati:

- monitoraggio centralizzato e in tempo reale delle liste di attesa, con dashboard condivise tra Regione, ASL, erogatori pubblici e privati accreditati
- presa in carico proattiva delle priorità cliniche, con automatizzazione dei percorsi di urgenza e gestione integrata tra prescrizione e prenotazione
- riduzione dei "tempi morti" nelle agende cliniche, grazie alla riassegnazione automatica degli appuntamenti disdetti e all'ottimizzazione dei carichi di lavoro
- miglioramento dell'esperienza utente, con accesso semplice e trasparente alle informazioni sui tempi di attesa e possibilità di gestire in autonomia le proprie prenotazioni

**sistema di
accesso
digitalizzato**

**trasparenza,
equità,
tempestività,
appropriatezza**

**gestione
predittiva della
domanda**

**monitoraggio
centralizzato**

**individuazione
priorità cliniche
e urgenze**

EHDS - EDS: L'INTEROPERABILITÀ E LA CONDIVISIONE DEI DATI SANITARI

La sfida del nostro Servizio Sanitario è quello di **essere innovatori nelle soluzioni e conservatori nei principi fondamentali del SSN quali l'universalismo, l'uguaglianza e l'equità**. Una sanità moderna richiede quindi un'integrazione solida tra i diversi livelli assistenziali e l'adozione di piattaforme digitali interoperabili, intuitive e sicure, capaci di garantire la protezione dei dati e il rispetto della privacy. A fronte di tale esigenza, ha preso forma lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari – European Health Data Space (EHDS), pilastro strategico della politica comunitaria per favorire la condivisione sicura e interoperabile dei dati sanitari tra gli Stati membri dell'Unione Europea.

I servizi messi a disposizione da EHDS promuovono lo sviluppo di sistemi elettronici certificati per un **USO PRIMARIO DEI DATI** per la cura del paziente, essenziali a guidare pratiche cliniche evolute e a migliorare l'assistenza tempestiva e personalizzata. Inoltre, prevedono la valorizzazione dell'**UTILIZZO SECONDARIO DEI DATI** attraverso la rete HealthData@EU, per finalità di sanità pubblica e ricerca scientifica. In particolare, l'uso secondario è utile per favorire, nel rispetto delle normative sulla privacy e sicurezza, l'impiego dei dati per ricerca, pianificazione e organizzazione del sistema sanitario, la definizione di politiche di salute e l'innovazione tecnologica. L'obiettivo è sfruttare il potenziale informativo dei dati per, ad esempio, generare conoscenze, monitorare l'efficacia delle terapie e individuare tendenze epidemiologiche.

La Regione Piemonte, in linea con il vigente quadro normativo nazionale, provvederà ad alimentare l'EDS che grazie ai referti, al dossier farmaceutico ed al Patient summary (a seguito delle modifiche dei decreti nazionali su FSE 2.0 che si renderà necessaria con l'approvazione del DDL sull'intelligenza artificiale) – giocherà un ruolo determinante per l'uso secondario dei dati sanitari per le seguenti due categorie:

- **SANITÀ PUBBLICA:** pianificazione, gestione e miglioramento dei sistemi sanitari, prevenzione e controllo delle malattie infettive. protezione contro gravi minacce per la salute pubblica. monitoraggio della qualità e sicurezza di prodotti sanitari e dispositivi medici
- **RICERCA SCIENTIFICA E INNOVAZIONE:** studi sull'utilizzo dei farmaci (ad esempio, uso nei bambini o in indicazioni off-label), valutazione della sicurezza ed efficacia di farmaci e trattamenti. analisi delle differenze nelle pratiche cliniche tra paesi o regioni., identificazione di bisogni medici insoddisfatti, monitoraggio della sicurezza delle cure sanitarie transfrontaliere.

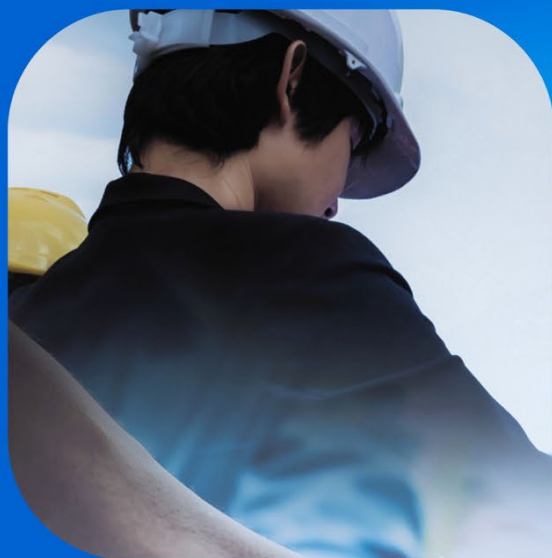
EHDS/EDS

uso primario e secondario dei dati

scopi per l'uso secondario dei dati

8

INVESTIMENTI IN EDILIZIA SANITARIA



INVESTIMENTI IN EDILIZIA SANITARIA

8.0

Gli investimenti in edilizia sanitaria rappresentano gli strumenti essenziali per garantire l'accessibilità, la sicurezza e la qualità dell'assistenza. Intervenire sulle strutture significa non solo rinnovare l'aspetto fisico del sistema sanitario, ma anche migliorarne la capacità di risposta ai bisogni di salute dei cittadini, in un'ottica di prossimità, efficienza e sostenibilità.

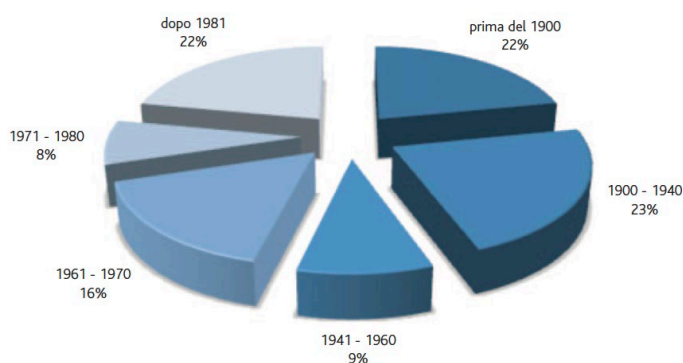
L'evoluzione demografica, l'incremento delle patologie croniche, l'invecchiamento della popolazione e l'esperienza della pandemia da Covid-19 hanno reso evidente la necessità di un profondo ripensamento dell'infrastruttura sanitaria. In questo contesto, la Regione Piemonte ha avviato una programmazione coordinata di interventi strutturali che interessano sia il livello ospedaliero sia quello territoriale, in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con il nuovo modello organizzativo delineato dal DM 77/2022 e con i principi di equità e universalismo del Servizio Sanitario Nazionale.

Si tratta di un processo di trasformazione che richiede visione, competenze, pianificazione e un forte impegno istituzionale, per garantire che ogni intervento risponda a criteri di appropriatezza, sostenibilità e impatto positivo sulla salute della popolazione.

IL CONTESTO

L'esigenza di investire risorse per la riqualificazione del patrimonio sanitario esistente deriva dalla ineludibile necessità di ammodernare le strutture ospedaliere regionali in quanto **in larga parte tecnicamente obsolete** e non più in grado di garantire gli standard di qualità richiesti. Molte strutture ospedaliere hanno, difatti, raggiunto un livello di obsolescenza tale da non rendere più conveniente investire nel loro recupero suggerendo di procedere alla costruzione di nuovi ospedali e/o alla ricostruzione integrale degli stessi in assenza di idonee nuove localizzazioni.

Grafico I.4.1: Anno di costruzione degli ospedali



FONTE INAIL - CNR

LA REALIZZAZIONE DI NUOVI PRESIDI OSPEDALIERI È SEMPRE STATA AL CENTRO DELLE POLITICHE DEGLI INVESTIMENTI dell'ultimo decennio, fatto salvo che la concreta realizzazione dei programmi edilizi è stata condizionata e ritardata da molteplici fattori che hanno caratterizzato il complesso scenario economico-finanziario:

- la ridotta capacità di indebitamento regionale determinata dal combinato disposto delle norme di *"spending review"* (patto di stabilità) e del debito pregresso maturato dalla Regione
- la limitata possibilità di programmare investimenti mediante contrazione di mutui, che spinge a utilizzare le insufficienti risorse statali e regionali ex art. 20 della L. 67/88 o ad attivare partenariati pubblico-privati per i quali il canone di disponibilità è da considerarsi *off-balance* e quindi escluso dal debito.

Analogamente, al fine di razionalizzare l'efficacia degli interventi sulle strutture sanitarie, sono stati **FINANZIATI INVESTIMENTI SUL PATRIMONIO ESISTENTE FINALIZZATI ALL'ADEGUAMENTO FUNZIONALE** e al miglioramento della sicurezza degli edifici e degli impianti, assicurando in tal modo la piena funzionalità degli edifici ospedalieri e socio-sanitari e l'umanizzazione degli spazi di cura.



Le azioni prioritarie che la programmazione regionale deve perseguire sono:

- l'ottimizzazione degli spazi attualmente occupati prevenendo l'accorpamento delle strutture socio-sanitarie ed il riuso razionale degli spazi, anche mediante la dismissione di immobili di proprietà utilizzati ad uso istituzionale
- la cessazione dei rapporti di locazione passiva in essere.

L'EVOLUZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Il potenziamento della rete delle strutture sanitarie territoriali, attuato in larga parte attraverso gli interventi PNRR, potrà consentire di attribuire un nuovo e diverso ruolo agli ospedali HUB passando da luoghi omnicomprensivi per la sanità a poli altamente tecnologici e specializzati per il trattamento della fase acuta della malattia o per la diagnostica avanzata. Lo scenario di medio periodo sembra quindi caratterizzato da una razionalizzazione e integrazione dei percorsi di diagnosi e cura, con una sempre maggiore presenza dei servizi sanitari e della degenza breve, a discapito dei posti letto per la degenza ordinaria.

Risulta evidente che le strutture esistenti le cui funzioni ospedaliere saranno assegnate ai nuovi presidi dovranno essere incluse in un **PROGRAMMA DI DISMISSIONE O RICONVERSIONE** che le sottrarranno dalla rete ospedaliera al fine di garantire una sostenibilità economica complessiva degli investimenti, tenuto delle risorse necessarie per riscontrare il loro fabbisogno.

Occorre fare riferimento alle raccomandazioni progettuali dell'OMS per i nuovi ospedali che verranno realizzati nella Regione Europea. Le raccomandazioni affrontano le sfide future da differenti punti di analisi:

1. porre particolare attenzione alla scelta della posizione dell'ospedale, con una funzione differente se ubicato in centro città o nelle periferie (quest'ultimo in grado di servire aree più vaste).
2. dotarsi di immobili dotati delle più avanzate soluzioni tecnologiche ed impiantistiche, nel pieno rispetto dei principi di sostenibilità ambientale e con la massima attenzione ai livelli di sicurezza nonché a quelli di qualità e comfort degli spazi per i pazienti, per l'utenza in genere e per gli ambienti di lavoro destinati al personale.
3. Impostare la progettazione nella logica di poter **GARANTIRE UN RIUSO DIVERSO NEL TEMPO** della struttura, in funzione della evoluzione delle fasi di sviluppo dell'ospedale: in fase progettuale dovranno essere considerati elementi che ne consentano la **futura trasformabilità ed adattabilità**, in funzione dei bisogni che potranno risultare mutati nel tempo.
4. Costruire I nuovi ospedali secondo principi di:
 - sostenibilità ambientale ed efficienza energetica
 - facilità di manutenzione e gestione
 - durabilità dei materiali e dei component
 - flessibilità e reversibilità d'uso nel tempo

- sostituibilità degli elementi tecnici
- compatibilità tecnica ed ambientale dei materiali
- minimizzazione dell'impegno di risorse materiali non rinnovabili
- massimo riutilizzo delle risorse naturali impegnate dall'intervento e dei materiali impiegati
- controllabilità delle prestazioni dell'intervento nel tempo
- minimizzazione dei rischi per la manodopera, per gli utenti e per la popolazione, sia in fase di costruzione che in esercizio.

LA PROGRAMMAZIONE DEI NUOVI OSPEDALI

Con la DGR 1-7297 del 25 luglio 2023 la Regione Piemonte ha approvato la ricognizione degli investimenti già programmati a livello regionale in edilizia sanitaria e ha definito l'elenco degli investimenti da finanziarsi con fondi dello Stato (ex art. 20 della L.67/88) per l'attivazione delle procedure di sottoscrizione di nuovi accordi di programma tra Stato e Regione, tra cui sono ricompresi i nuovi ospedali. Agli interventi da realizzarsi con fondi ex art. 20 si aggiungono gli **INTERVENTI URGENTI DI ELEVATA UTILITÀ SOCIALE NEL CAMPO DELL'EDILIZIA SANITARIA** (art. 1, commi 602 e 603, L. 232/2016; art. 56 bis D.L. 77/2021; D.P.C.M. 14 settembre 2022 previsti nel Decreto del Ministero della Salute del 5 novembre 2024). Complessivamente il programma prevede la costruzione di:

- 4 nuovi DEA di 2° livello: 2 in corso di realizzazione mediante PPP (Parco della Salute di Torino e Città della Salute di Novara), 2 da realizzare con fondi INAIL (Cuneo e Alessandria)
- 6 nuovi DEA di 1° livello: Cambiano - ASL TO5, Torino Nord - ASL Città di Torino, Savigliano - ASL CN1, Ivrea - ASL TO4, Vercelli - ASL VC, Verbania / Domodossola - ASL VCO

Di seguito si riporta il riepilogo degli interventi finanziabili da INAIL.

DESCRIZIONE	COMUNE	AZIENDA	COSTO
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello	Savigliano	ASL CN1	250.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello Torino Nord	Torino	ASL TO	347.903.418
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello ASL TO5	Cambiano	ASL TO5	302.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello Asl TO4	Ivrea	ASL TO4	215.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di II livello	Alessandria	AOU AL	410.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello - 2° LOTTO	Vercelli	ASL VC	155.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di II livello	Cuneo	AO CN	410.000.000
Realizzazione del nuovo ospedale infantile Regina Margherita (*)	Torino	AO Regina Margherita	300.000.000
TOTALE PROGRAMMA INAIL		TOTALE	2.389.903.418

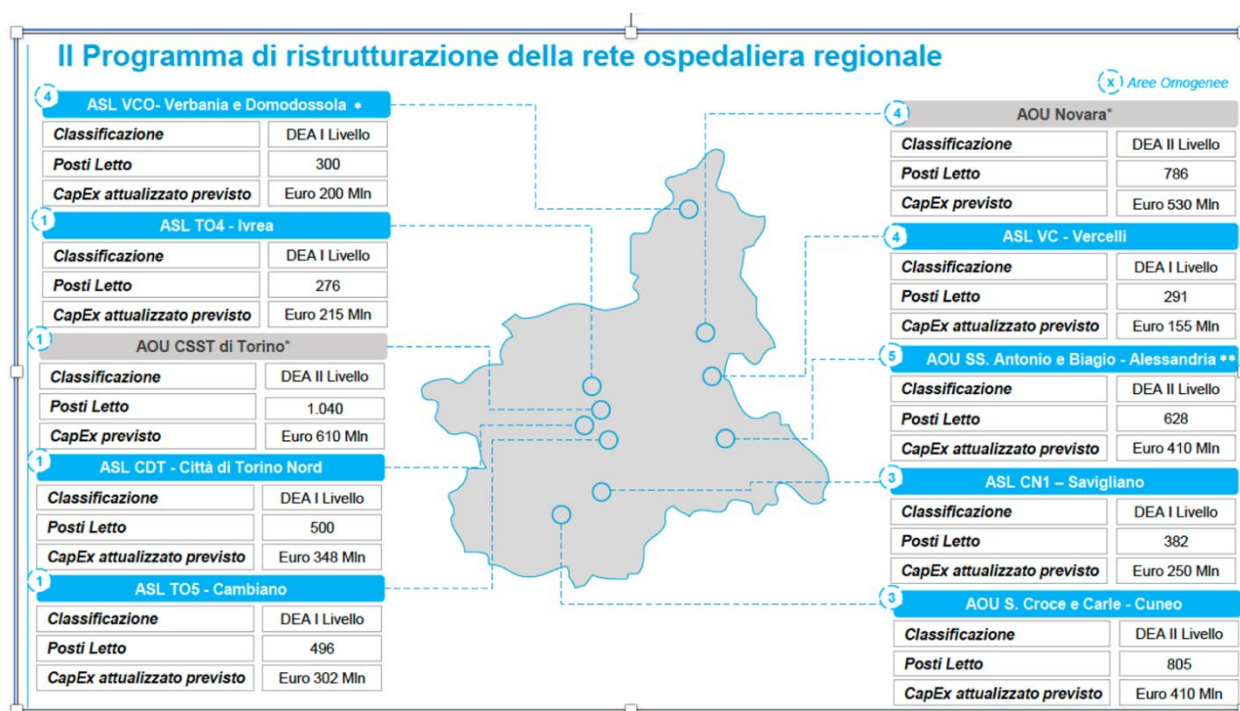
(*) É stata inviata richiesta al Ministero della Salute e a INAIL per l'inserimento dell'intervento nel prossimo DM che aggiornerà i fabbisogni regionali di investimenti di elevata utilità sociale.

Di seguito si riporta il piano complessivo dei nuovi ospedali integrato con quelli oggetto di finanziamento statale ex art. 20 della Legge 67/1988.

DESCRIZIONE	COMUNE	AZIENDA	COSTO
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello	Savigliano	ASL CN1	250.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello Torino Nord	Torino	ASL TO	347.903.418
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello ASL TO5	Cambiano	ASL TO5	302.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello Asl TO4	Ivrea	ASL TO4	215.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di II livello (**)	Alessandria	AOU AL	410.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di I livello - 2° LOTTO	Vercelli	ASL VC	155.000.000
Realizzazione di un nuovo presidio ospedaliero-DEA di II livello	Cuneo	AO CN	410.000.000
Realizzazione del nuovo ospedale infantile Regina Margherita	Torino	AO Regina Margherita	300.000.000
TOTALE PROGRAMMA INAIL		TOTALE	2.389.903.418

(*) Per la realizzazione dell'ospedale del VCO, allo stato attuale sono in corso valutazioni a seguito del parere pervenuto da parte del nucleo tecnico di valutazione del Ministero della Salute che prevede la realizzazione di un unico presidio ospedaliero DEA di 1° livello. In attesa del parere sul doppio DEA la questione è in revisione.

(**) Come previsto dalla Deliberazione del Consiglio Regionale del 18 gennaio 2022, n. 193 – 974, i nuovi presidi ospedalieri sono, pertanto, realizzati tramite iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia sanitaria, valutabili dall'INAIL nell'ambito dei propri piani triennali di investimento, fatta salva la possibilità di attivare altre tipologie e forme di finanziamento laddove ritenute più efficaci ed efficienti ai fini del raggiungimento degli obiettivi di piano.



Come previsto dalla Deliberazione del Consiglio Regionale del 18 gennaio 2022, n. 193 – 974, i nuovi presidi ospedalieri sono, pertanto, realizzati tramite iniziative urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell’edilizia sanitaria, valutabili dall’INAIL nell’ambito dei propri piani triennali di investimento, fatta salva la possibilità di attivare altre tipologie e forme di finanziamento laddove ritenute più efficaci ed efficienti ai fini del raggiungimento degli obiettivi di piano.

Difatti, per la realizzazione dell’ospedale del VCO*, allo stato attuale sono in corso approfondimenti a seguito del parere pervenuto da parte del nucleo tecnico di valutazione del Ministero della Salute che prevede la realizzazione di un unico presidio ospedaliero DEA di 1° livello. In attesa del parere sul doppio DEA la questione è in revisione.

Analogamente per il nuovo ospedale di Alessandria** è in corso di valutazione una proposta di partenariato pubblico-privato.

ALCUNI ESEMPI

IL PRESIDIO DI GALLIATE

Il presidio di Galliate ad oggi risulta a circa 10 km dal presidio dell'AOU Maggiore della Carità di Novara. Tale collocazione è importante per garantire un valido sfogo per i pazienti a bassa intensità dimessi dal PS di Novara (circa l'80% dei pazienti ricoverati presso la S.S.D. Area degenza polifunzionale di Galliate), oltre che per ospitare attività specifica (es. PMA e ambulatori specialistici) che adesso non troverebbero spazio nei locali del Maggiore della carità. La struttura di Galliate si presta bene ad essere inserita nell'ASL NO, andando ad integrare ad oggi l'unico presidio ospedaliero di competenza dell'azienda territoriale, garantendo così anche una copertura più capillare del territorio, nel rispetto delle indicazioni di continuità con l'ospedale (D.M. 77/2022 e nel D.M. 70/2015). Alcune attività (Hospice, dialisi, RRF di primo livello...), che tipicamente sono a carico delle Aziende Sanitarie Locali, rientrano nel corretto perimetro di competenza dell'Azienda territoriale.

L'IMPIANTO ORGANIZZATIVO GARANTISCE IL MANTENIMENTO DEL PRESIDIO DI GALLIATE, un tassello fondamentale per rispondere ai bisogni a bassa intensità di cura del territorio che contribuisce in maniera significativa a migliorare la presa in carico del paziente e la continuità delle cure, integrando l'attività delle Strutture intermedie già presenti o in fase di realizzazione sul territorio.

Nello stesso tempo, **questa nuova ripartizione dei presidi garantisce all'AOU Maggiore della Carità di Novara la possibilità di concentrarsi maggiormente sulle attività a più alta complessità tipiche di una struttura HUB**, con **IMPATTO POSITIVO**, non solo per il territorio della provincia di Novara ma per tutto il quadrante Nord Est.

IL PRESIDIO DI ACQUI TERME

Nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, la Regione Piemonte intende confermare e rafforzare il ruolo del Presidio Ospedaliero di Acqui Terme, **GARANTENDO LA CONTINUITÀ E L'ADEGUATEZZA DELL'OFFERTA SANITARIA** a servizio della popolazione del territorio.

In coerenza con quanto previsto dalla D.G.R. n. 1-924 del 23 gennaio 2015, che ha stabilito il riferimento prioritario dell'ospedale di Acqui Terme con l'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria, il Piano prevede il consolidamento del presidio attraverso l'adeguamento tecnologico e strutturale delle unità operative, nel rispetto degli standard previsti dal D.M. 70/2015, con l'obiettivo di assicurare livelli qualitativi e quantitativi coerenti con i bisogni della comunità locale ed il collegamento funzionale e gestionale con l'Azienda Ospedaliera di Alessandria, per assicurare percorsi diagnostico-terapeutici integrati, in particolare per le patologie tempo-dipendenti.

L'attuazione di tali interventi garantirà la **TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE DEL TERRITORIO ACQUESE**, contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari e promuovendo una rete ospedaliera policentrica, accessibile e orientata alla prossimità delle cure.

9

GOVERNANCE



GOVERNANCE

9.0

Il nuovo modello di governance è volto a rafforzare il coordinamento e l'integrazione tra i diversi livelli istituzionali e operativi del sistema.

In quest'ottica, si prevede:

- maggiore coordinamento tra Regione, ASL e Comuni
- creazione di un Osservatorio sulla Salute per monitorare l'efficacia degli interventi

Questo assetto di governance rafforzata mira a promuovere una sanità più trasparente, partecipata e orientata ai risultati, in cui la responsabilità decisionale si accompagna a una solida base informativa e a una costante attenzione alla qualità dei servizi erogati.

IL NUOVO MODELLO DI GOVERNANCE

La governance del sistema si articola su tre dimensioni distinte: la geografia delle aziende, l'assetto della Regione, i processi di relazione tra Assessorato e aziende. La Regione Piemonte è tra le più ampie e differenziate d'Italia per specificità dei singoli contesti territoriali. La dimensione delle proprie ASL e delle proprie aziende ospedaliere è coerente con tali specificità e può essere utilmente mantenuta, evitando i costi elevati dell'ingegneria istituzionale in un momento in cui è prioritario sviluppare e differenziare i contenuti dei servizi sanitari, senza disperdere energie nella riorganizzazione dei contenitori istituzionali.

Questo impone alle aziende di ricercare forme di collaborazione, laddove la massa critica risulti determinante per l'efficacia e l'efficienza delle funzioni nell'ambito delle funzioni:

- amministrative (concorsi inter - aziendali)
- logistiche (magazzini)
- diagnostiche (laboratori)
- relative alle reti cliniche (reti tempo-dipendenti)

Le sinergie tra aziende possono essere sviluppate secondo varie modalità:

1. attraverso movimenti concertati tra le Direzioni Regionali o per programmazione regionale
2. su base geografica di area vasta di programmazione (quadranti) o su scala regionale
3. mediante convenzioni incrociate tra aziende o soggetti terzi delegati (es. Amos, Azienda Zero...)

Il consenso tra gli attori e la rapidità decisionale ed esecutiva sono elementi essenziali per il successo di ogni collaborazione e possono prevedere soluzioni differenziate in base alla specifica tematica.

La Regione ha sviluppato, a fianco del proprio Assessorato alla Sanità, un sistema ricco e articolato di agenzie, come è avvenuto in tutte le Regioni italiane, in particolare in ambito sanitario e socio-sanitario. L'ecosistema sanitario regionale piemontese include:

- Azienda Zero
- Osservatorio Epidemiologico
- la rete di aziende responsabili della formazione manageriale e altre funzioni centrali come:
 - DAIRI-R
 - DIRMEI
 - SEREMI
 - CSI
 - SCR
 - IRES



il sistema delle agenzie regionali

Questo modello strutturale rappresenta una ricchezza importante di ruoli, funzioni, competenze, dati e prassi operative. Ora è possibile definire più precisamente i ruoli reciproci, valorizzando le rispettive competenze e creando i più efficaci meccanismi di coordinamento.

All'Assessorato tramite la Direzione Sanità spettano unitariamente tutti i compiti di programmazione, indirizzo, finanziamento, e controllo. Azienda Zero deve centralizzare le funzioni amministrative ritenuti utili (es. acquisti) ed essere soggetto attuatore delle politiche definite dall'Assessorato che richiedono una azione centrale (es. progetti aziendali di digitalizzazione). Gli osservatori epidemiologici e le reti formative inter - aziendali devono ricevere annualmente chiari indirizzi con precisi obiettivi e livelli di servizio attesi.

Viene inoltre attivata una cabina di regia sanitaria di sistema, che coinvolge tutte le agenzie centrali coinvolte su sanità e socio - sanitario, sotto la direzione dell'Assessorato. Ogni ente o azienda incaricata sottoscrive annualmente un piano di attività con la Direzione Sanità per le proprie funzioni, con obiettivi, attività, risultati e finanziamenti definiti, che viene quindi sottoposto a consuntivazione al termine dell'esercizio.

IL POSIZIONAMENTO DEL SSR NEL SSN

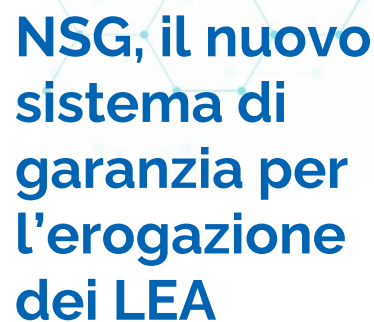
Nel 2023, la Regione Piemonte ha registrato un miglioramento nella valutazione dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), scalando una posizione nel ranking nazionale del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e attestandosi come quarta Regione italiana per performance complessiva. Questo risultato è stato formalmente riconosciuto dal Comitato LEA – il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, istituito ai sensi dell'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 – nella seduta dell'11 febbraio 2025, durante la quale sono stati approvati gli esiti della valutazione riferita all'anno 2023. La valutazione è stata effettuata sulla base degli indicatori CORE del NSG, che rappresentano un insieme selezionato di misure prioritarie per monitorare la qualità, l'efficacia, l'equità e l'efficienza dei servizi sanitari regionali. Il risultato ottenuto da Piemonte riflette il lavoro svolto in termini di miglioramento dell'accessibilità, dell'integrazione tra livelli di assistenza, dell'appropriatezza delle prestazioni e della governance del sistema sanitario.

Tabella - NSG anno 2023, punteggi indicatori CORE

REGIONE	AREA PREVENZIONE	AREA DISTRETTUALE	AREA OSPEDALIERA
Piemonte	93	90	87
Valle d'Aosta	77	35	53
Lombardia	95	76	86
P.A. Bolzano	58	82	62
P.A. Trento	98	83	97
Veneto	98	96	94
Friuli Venezia Giulia	81	81	73
Liguria	54	85	80
Emilia Romagna	97	89	92
Toscana	95	95	96
Umbria	93	80	84
Marche	74	83	91
Lazio	63	68	85
Abruzzo	54	45	83
Molise	58	73	62
Campania	61	72	72
Puglia	74	69	85
Basilicata	68	52	69
Calabria	41	40	69
Sicilia	49	44	80
Sardegna	65	67	60

Il Sistema di Garanzia è lo strumento attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini italiani che l'erogazione dei LEA avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità.

Il Sistema di Garanzia, introdotto nel 2000 in occasione del Decreto legislativo istitutivo del "federalismo fiscale" (D. Lgs. 56/2000) e reso operativo attraverso il Decreto ministeriale 12 dicembre 2001, è stato da ultimo aggiornato con il DM 12 marzo 2019 recante "Nuovo Sistema di Garanzia" abbreviato NSG, in vigore dal 1° gennaio 2020.



NSG, il nuovo sistema di garanzia per l'erogazione dei LEA

Complessivamente, nell'anno 2023 le Regioni Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli - Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree. Nessuna Regione / Pubblica Amministrazione presenta punteggi inferiori alla soglia su tutte le tre macro-aree.

Le Regioni che presentano un punteggio inferiore alla soglia in una o più macro-aree sono:

- in due macro-aree:
Valle D'Aosta (Distrettuale e Ospedaliera), Abruzzo, Calabria, Sicilia (Prevenzione e Distrettuale)
- in una macro-area: P.A. Bolzano, Liguria e Molise (Prevenzione), Basilicata (Distrettuale)

Il Nuovo Sistema di Garanzia realizzato in collaborazione con i referenti istituzionali e tecnici delle Regioni e con esperti epidemiologi e statistici provenienti dal mondo universitario e della ricerca, si articola in 88 indicatori relativi a:

- 3 macro-aree di assistenza: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera
- singoli LEA ad essi afferenti
- percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) che riguardano più livelli di assistenza

All'interno del Sistema di Garanzia è individuato un sottoinsieme di indicatori, denominato CORE, in grado di cogliere sinteticamente l'erogazione dei LEA sul territorio nazionale. Le specifiche tecniche degli indicatori, in corso di aggiornamento, sono illustrate nella circolare applicativa del 27 ottobre 2020 e pubblicate sul portale istituzionale nella sezione dedicate al monitoraggio.



www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglio

Di seguito sono riportati, a titolo di esempio, alcuni indicatori CORE relativi all'area prevenzione, distrettuale e ospedaliera.

AREA PREVENZIONE

copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi

copertura attività di controllo delle anagrafi animali, alimentazione degli animali da reddito, sicurezza alimentare

copertura screening oncologici (tumore del colon retto, mammella, collo dell'utero)

efficacia di **attività di promozione della salute** e di corretti stili di vita

AREA DISTRETTUALE

monitoraggio di accesso e qualità delle cure domiciliari

misurazione della **tempestività e dell'appropriatezza delle prestazioni** specialistiche ambulatoriali

valutazione **dell'accesso e della qualità delle prestazioni protesiche e riabilitative**

monitoraggio del **corretto utilizzo dei farmaci**

AREA OSPEDALIERA

tasso di ricoveri evitabili

percentuale di **anziani operati entro 48 ore** dalla frattura del femore

ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa causa

numero di pazienti che, dopo evento acuto grave (infarto, ischemia, ictus) vanno incontro a **complicazioni gravi entro un anno**

CHANGE MANAGEMENT E INNOVAZIONE

La profondità e l'ambizione del Piano Socio-Sanitario richiedono una precisa strategia attuativa e di change management, coerente con la complessità delle sfide che le dinamiche ambientali chiedono di affrontare. Il processo di attuazione e cambiamento culturale, delle competenze e operativo si basa su diversi livelli di lavoro, che devono essere affrontati simultaneamente e non necessariamente in sequenza.

Viene sviluppata la funzione di **OPERATIONS MANAGEMENT** (gestione operativa) per garantire massimi livelli di integrazione e coordinamento tra la logistica e le aree produttive ed erogative come le sale operatorie, le aree di degenza, il pronto soccorso, le aree ambulatoriali, le strutture territoriali e le altre aree caratteristiche delle strutture sanitarie, ed assicurarne le condizioni ottimali affinché l'intero processo clinico assistenziale risulti efficace ed efficiente.

Conseguentemente, vengono consolidati **percorsi formativi manageriali sulla organizzazione e gestione dei servizi sanitari** e di sperimentazione regionali per la messa a regime sia dei modelli già consolidati sia delle innovazioni proposte negli ambiti clinici, organizzativi e gestionali, nonché per quanto riguarda i servizi di supporto. Gli strumenti per veicolare le innovazioni delineate:

- l'insieme di atti programmatori regionali in tempi definiti
- **tavoli di benchlearning per il top management** aziendale basati su dati ed evidenze legate a diffusione e impatto dell'innovazione
- **gruppi tecnici inter-aziendali** che co-creano gli strumenti tecnici dell'innovazione
- **percorsi formativi e di sperimentazione guidata**

Le nuove competenze richieste includono la capacità di interpretare indicatori chiave (KPI), validare i suggerimenti generati dai modelli e correggere bias e anomalie operative. Le soluzioni non devono rimanere confinate nei laboratori IT, ma devono essere integrate quotidianamente nei reparti, nei centri di prenotazione e nei percorsi di cura.

**operations
management**

**formazione
manageriale**

**gruppi tecnici
inter aziendali**

Per ogni ambito di innovazione, si prevede di attivare piattaforme di benchlearning per:

- monitorare sistematicamente i dati
- discutere le correlazioni tra esiti e azioni, i driver di successo o insuccesso attuativo
- raccogliere e discutere le good practice aziendali, in una logica di sviluppo e aggiornamento costante delle competenze del top e middle management del sistema.

Ogni iniziativa deve essere testata, validata e monitorata in modo scientifico prima di essere estesa su larga scala. È importante applicare a titolo di esempio il principio del Minimum Viable Product (MVP), partendo da sperimentazioni controllate su ambiti delimitati e definendo a monte KPI chiari (ad esempio tempo di risposta, riduzione errori, soddisfazione operatori, outcome clinici).

**benchlearning****coinvolgere
top e middle
management**

CREAZIONE DI OSSERVATORIO SULLA SALUTE

In coerenza con gli indirizzi strategici del Piano Socio Sanitario, la Regione Piemonte intende istituire un **Osservatorio Regionale sulla Salute**, con la finalità di rafforzare il governo basato sui dati e orientato ai risultati. L'Osservatorio costituirà uno strumento permanente di monitoraggio, valutazione e indirizzo strategico, utile a guidare le decisioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, con particolare attenzione all'efficacia delle politiche pubbliche, all'equità di accesso e agli esiti di salute. L'Osservatorio opererà per:

- monitorare sistematicamente lo stato di salute della popolazione piemontese e i principali indicatori di performance del sistema sanitario e sociosanitario
- valutare gli impatti delle azioni previste dal Piano Socio Sanitario, individuando punti di forza, criticità e aree di miglioramento
- supportare la programmazione regionale e locale, attraverso analisi fondate su evidenze e indicatori tempestivi e confrontabili
- favorire la trasparenza e la partecipazione, pubblicando dati e risultati in formato accessibile a cittadini, operatori e istituzioni

L'Osservatorio svolgerà funzioni di raccolta, integrazione, analisi e restituzione dei dati, anche attraverso la costruzione di cruscotti di monitoraggio dinamici, e si concentrerà in particolare su:

- indicatori LEA e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
- implementazione delle riforme PNRR
- assistenza ai pazienti cronici e fragili, monitorando l'attuazione dei percorsi integrati, l'adozione del Budget di Salute e la diffusione delle equipe multidisciplinari
- riduzione delle disuguaglianze di salute, attraverso indicatori di equità territoriale e socioeconomica, e la lettura congiunta dei determinanti di salute
- tempi di attesa e accessibilità ai servizi, con il tracciamento centralizzato delle prestazioni e delle priorità cliniche
- monitoraggio degli outcome clinici, della qualità della vita e della soddisfazione dell'utenza

È prevista la costituzione di un **Comitato tecnico-scientifico regionale**, composto da rappresentanti della Regione, di Azienda Zero, delle Aziende sanitarie, del mondo accademico e del Terzo Settore. Il Comitato garantirà il presidio metodologico e scientifico delle attività.

Osservatorio sulla Salute

trasparenza e partecipazione

Comitato tecnico - scientifico regionale

CENTRO REGIONALE DI RISK MANAGEMENT

Il Centro Regionale di Risk Management costituisce un punto di riferimento strategico all'interno del sistema socio-sanitario regionale, con la missione di garantire la sicurezza delle cure e promuovere una gestione integrata e proattiva del rischio clinico. Il Centro lavora in sinergia con le strutture sanitarie, assicurando il monitoraggio continuo, la prevenzione e la riduzione degli eventi avversi e degli errori sanitari.

Le principali attività del Centro includono:

- la raccolta, l'analisi approfondita e la valutazione sistematica degli eventi sentinella e degli incidenti di percorso, finalizzate all'identificazione di criticità e all'individuazione di aree di miglioramento
- l'elaborazione e l'implementazione di linee guida, protocolli e strumenti operativi condivisi per una gestione efficace del rischio clinico e per la tutela della sicurezza del paziente
- La promozione di iniziative formative rivolte agli operatori sanitari, con l'obiettivo di diffondere una cultura della sicurezza e della responsabilità professionale
- Il coordinamento delle azioni correttive e di miglioramento, unitamente al supporto alle strutture territoriali nell'applicazione delle migliori pratiche
- Il contributo alla definizione e all'aggiornamento delle politiche regionali in materia di qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie, in linea con le normative vigenti e gli standard di accreditamento

Il potenziamento del Centro Regionale di Risk Management rappresenta una componente essenziale di un percorso più ampio volto al miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza del sistema sanitario regionale, con particolare attenzione alla tutela del diritto alla salute dei cittadini e alla sostenibilità complessiva del servizio.

10

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE



MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

10.0

METODI E INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL SSN

L'attività di **monitoraggio** e di **valutazione dei risultati** costituisce un elemento imprescindibile per l'individuazione tempestiva di **aree di criticità** e per l'attivazione di **interventi di miglioramento continuo**, che dovranno anch'essi essere sottoposti a **verifica periodica**. Questa azione si inserisce in un più ampio contesto di governo clinico e programmazione sanitaria, in coerenza con i principali strumenti di valutazione a livello nazionale:

- **Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG)**
Introdotta con il Decreto Ministeriale del 12 marzo 2019 (pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019), è operativa dal 1° gennaio 2020. Il NSG consente di monitorare il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), mediante un insieme di indicatori che valutano la qualità, l'appropriatezza e l'efficienza dei servizi erogati.
- **Programma Nazionale Esiti (PNE)**
Sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, il PNE fornisce valutazioni comparative a livello nazionale sull'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure

GLI AMBITI DI VALUTAZIONE

I principali ambiti di valutazione sono:

- funzione di produzione a carico delle aziende ospedaliere e strutture territoriali
- funzione di tutela/committenza riferita alle aziende sanitarie locali.

A supporto di questo sistema, i dati provenienti da NSG e PNE saranno integrati con:

- indicatori provenienti dai sistemi informativi regionali e aziendali già in uso
- indicatori specifici elaborati *ad hoc*, in risposta a esigenze conoscitive puntuali o legate a nuovi obiettivi di programmazione

L'integrazione di questi strumenti garantirà una visione complessiva e multilivello delle performance del sistema sanitario regionale, permettendo azioni correttive mirate e strategie basate su evidenze oggettive e misurabili.

L'attività di monitoraggio e di misurazione dei risultati deve consentire di mettere in evidenza eventuali aree di criticità, cui vanno rivolte le attività di miglioramento, da sottoporre anch'esse periodicamente a verifica e monitoraggio. Tale azione si relaziona con:

- il NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA SANITARIA (NSG) introdotto dal D.M. 12 marzo 2019 in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo dal 1° gennaio 2020
- il **PROGRAMMA NAZIONALE ESITI (PNE)**, sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, è lo strumento che fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure

La Regione Piemonte potenzierà le procedure tecnico - organizzative per migliorare la disponibilità dei dati, al fine della valutazione delle performance del sistema salute piemontese con particolare interesse a:

- **FOTOGRAFARE LA COMPOSIZIONE DEMOGRAFICA E SOCIALE REGIONALE**, osservando dinamiche evolutive e trend futuri
- **ANALIZZARE I BISOGNI DI SALUTE E MAPPARE CONSUMI E RETE DI OFFERTA** dei servizi, per identificare gli effettivi tassi di copertura attuali e prospettici sviluppare ove possibile un'analisi sia in termini di consumi (confronto tra cittadini dei diversi territori) che di produzione (confronto tra strutture nei diversi territori)
- **RAPPRESENTARE GLI ESITI DI SALUTE** attraverso una selezione di indicatori validati e rilevanti
- **DESCRIVERE LE RISORSE** umane, tecnologiche, infrastrutturali disponibili a confronto con la domanda esplicita, con i livelli quali quantitativi dei servizi e, ove possibile, con standard nazionali di riferimento
- **SVILUPPARE UNA ANALISI** identificando i punti di attenzione e i punti di forza ed evidenziare eventuali disomogeneità tra le aree / ASL
- **INDIVIDUARE PRIORITÀ DI INTERVENTO E FORMULARE PROPOSTE** di policy e management per le aziende della rete di offerta socio - sanitaria

11

QUADRO DELLE RISORSE E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA



QUADRO DELLE RISORSE UMANE E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

11.0

Il Piano prevede interventi mirati per garantire il rispetto del principio di sostenibilità economica-finanziaria richiamata nel provvedimento di Giunta Regionale nel rispetto della D.G.R. 26-801 del 17 febbraio 2025:

- efficientamento sull'utilizzo dei fattori produttivi per la razionalizzazione della spesa sanitaria
- riqualificazione della rete sanitarie a supporto dei principi di ottimizzazione delle risorse con modelli di sanità integrate
- partenariati pubblico-privati per nuove infrastrutture sanitarie
- ruolo dei soggetti erogatori privati all'interno del sistema, nell'ambito della competenza programmatica pubblica e principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi

RISORSE FINANZIARIE E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA SOCIO - SANITARIO

La sostenibilità economica del sistema socio-sanitario regionale rappresenta un presupposto essenziale per garantire l'universalità, l'equità e la qualità dei servizi offerti alla popolazione, in conformità con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) stabiliti a livello nazionale. In un contesto caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle cronicità e da una crescente domanda di assistenza, diventa imprescindibile **promuovere un utilizzo efficiente, integrato e trasparente delle risorse disponibili**, orientato alla presa in carico dei bisogni reali delle persone e al potenziamento della rete territoriale dei servizi.

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale si fonda su un solido impianto normativo:

- Legge 833/1978, che ne ha sancito l'istituzione e ha introdotto il principio del finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale
- D. Lgs. 56/2000, che ha previsto forme di compartecipazione regionale tramite IRAP e addizionale IRPEF
- Legge 328/2000, che ha istituito il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, promuovendo un sistema integrato di interventi sociali e sociosanitari
- art. 20 della Legge 67/1988, che regola la programmazione pluriennale degli investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie
- successive leggi di bilancio nazionali e regionali Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che contribuiscono alla definizione del fabbisogno sanitario nazionale standard e all'allocazione di risorse straordinarie per la riforma dell'assistenza

IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO REGIONALE

Il finanziamento del sistema socio-sanitario regionale si articola attraverso una pluralità di fonti. Il **FONDO SANITARIO REGIONALE**, alimentato da trasferimenti statali e da risorse proprie della Regione, rappresenta la principale leva di finanziamento. Ad esso si affiancano fondi integrativi e straordinari: il **FONDO NAZIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**, il **FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI**, **LE RISORSE PNRR** afferenti alle Missioni 5 e 6, il **FONDO PER L'EDILIZIA SANITARIA**, i **FONDI STRUTTURALI EUROPEI** (FSE+, FESR, ReactEU), il **FONDO SOCIALE DI COESIONE** e **RISORSE PROPRIE** delle Aziende Sanitarie derivanti da attività libero-professionali, ticket e prestazioni a pagamento.

**utilizzo
efficiente e
trasparente**

**come è
finanziato il
SSN**

**come è
finanziato il
Sistema
Socio
Sanitario
Regionale**

Nell'ambito della programmazione triennale e annuale, la **Regione** definisce il quadro complessivo delle risorse disponibili e **procede alla ripartizione** tra le Aziende Sanitarie e gli erogatori pubblici e accreditati, secondo criteri improntati all'equità, alla popolazione residente, alla mobilità sanitaria, ai fabbisogni assistenziali e agli indicatori di efficienza e di esito.

È promossa la programmazione integrata tra ambito sanitario e ambito sociale, in particolare in ambito domiciliare, residenziale e psicosociale, a favore delle persone in condizione di fragilità o disabilità.

Nel rispetto del D.Lgs. 118/2011 e della normativa in materia di contabilità pubblica, il sistema regionale si basa su una gestione economico-finanziaria fondata su:

- predisposizione di bilanci preventivi e consuntivi da parte delle Aziende Sanitarie
- adozione di sistemi di controllo direzionale per centri di responsabilità e centri di costo
- monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni
- verifica del raggiungimento degli obiettivi programmati, come la riduzione delle liste d'attesa, il potenziamento dell'assistenza domiciliare e l'efficientamento dei percorsi dedicati alla gestione della cronicità

Il Piano Socio-Sanitario assume la sostenibilità come priorità strategica, promuovendo una programmazione finanziaria fondata su evidenze, orientata ai bisogni reali della popolazione e alla valorizzazione delle sinergie tra risorse sanitarie, sociali e comunitarie.

In coerenza con gli indirizzi regionali già assunti, si rende necessario **rafforzare un modello organizzativo capace di garantire l'omogenea attuazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie su tutto il territorio, favorendo l'integrazione tra i livelli decisionali e la valorizzazione delle specificità operative di ciascuna Azienda Sanitaria.**

Il **monitoraggio costante** delle azioni pianificate e dei risultati conseguiti rappresenta un elemento essenziale per individuare tempestivamente eventuali criticità e adottare misure correttive efficaci. Pertanto, al fine di assicurare la coerenza degli atti programmatori rispetto alle normative vigenti, **le Aziende devono dotarsi di adeguati sistemi interni di verifica.** Il parere di regolarità amministrativa e contabile, espresso da figure designate e supportato da strutture specialistiche, costituisce uno strumento essenziale per garantire la legittimità e la sostenibilità degli atti, in coerenza con gli obiettivi strategici aziendali e quanto stabilito negli Atti Aziendali. Tale strumento permette di valutare ex ante la sostenibilità economico-finanziaria delle iniziative, la correttezza delle scelte tra produzione interna e acquisizione esterna (make or buy) e il rispetto dell'equilibrio economico e patrimoniale aziendale.

**criteri di
ripartizione:
equità,
popolazione,
mobilità,
fabbisogno,
efficienza,
esiti**

**obiettivi:
garantire
omogeneità
attuazione**

**integrare
livelli
decisionali**

**adottare
sistemi di
verifica
interni alle
ASR**

La giurisprudenza amministrativa (Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria n. 3/2012) ha stabilito con chiarezza che è COMPITO DELLE REGIONI ADOTTARE ATTI AUTORITATIVI E VINCOLANTI IN MATERIA DI LIMITI ALLA SPESA SANITARIA. Le Aziende Sanitarie non possono assumere iniziative che comportino incrementi di spesa in assenza di specifica programmazione regionale, anche in ambiti ad alta incidenza come quello tecnologico o informatico

Nel rispetto della programmazione regionale triennale e annuale, le aziende sanitarie pubbliche del SSR adottano il proprio documento programmatico integrando gli obiettivi di sostenibilità economico-finanziaria negli strumenti di programmazione interna (Piano della Performance e il Budget per centro di responsabilità) e declinano le azioni di riqualificazione ed efficientamento lungo due direttrici fondamentali: INTERVENTI DI RAZIONALIZZAZIONE DEI FATTORI PRODUTTIVI, finalizzati a migliorare l'efficienza dei processi senza compromettere quantità e qualità delle prestazioni; INTERVENTI DI SISTEMA, strutturali e coerenti con la programmazione regionale, volti alla riqualificazione dell'offerta e al miglioramento degli esiti, anche attraverso l'attuazione degli obiettivi del Programma Nazionale Esiti (PNE) e degli Atti Aziendali

Nel rispetto della responsabilità trasversale in capo alla Direzione Strategica, spetta alle Aziende l'individuazione puntuale dei referenti per ciascuno degli obiettivi previsti dal Piano, da formalizzare all'interno del Programma Operativo aziendale, così da garantire un presidio efficace sull'attuazione delle azioni e sul conseguimento dei risultati attesi.

RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA

In un contesto caratterizzato da pressioni crescenti sui bilanci pubblici, dalla transizione demografica ed epidemiologica e dall'introduzione di tecnologie sempre più avanzate, la **Regione Piemonte conferma il proprio impegno per una gestione responsabile, trasparente ed efficace delle risorse sanitarie**, in coerenza con il principio del "valore in sanità". Ciò significa **massimizzare i benefici clinici, sociali ed economici per i cittadini a parità di risorse disponibili**, con una particolare attenzione all'equità e alla qualità delle cure.

La razionalizzazione della spesa sanitaria non significa NO a tagli lineari, SI alla trasformazione della spesa improduttiva in spesa produttiva clinica attraverso:

- la **revisione dei modelli organizzativi** per ridurre sovrapposizioni e inefficienze
- il **potenziamento della sanità territoriale** per alleggerire la pressione sulle strutture ospedaliere
- l'adozione di **sistemi informativi integrati e strumenti digitali** per migliorare la governance clinica e amministrativa
- la **gestione centralizzata degli acquisti e delle forniture**, in logica di economia di scala e qualità
- il rafforzamento dei **meccanismi di controllo e valutazione della spesa** a livello aziendale e regionale, e dei meccanismi di **audit interni**, per migliorare l'allocazione delle risorse e aumentare la responsabilizzazione dei livelli aziendali

**evitare tagli
lineari**

**puntare alla
riqualificazione
della spesa**

**L'obiettivo è costruire un sistema sanitario regionale sostenibile, trasparente
e orientato ai risultati senza compromettere l'equilibrio economico -
finanziario nel medio-lungo periodo**

VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

11.3

Il sistema sanitario e sociosanitario piemontese si trova ad affrontare una duplice sfida sul fronte delle **risorse umane**: da un lato, il **FABBISOGNO CRESCENTE** legato all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle cronicità e all'espansione dell'assistenza territoriale; dall'altro, la **PROGRESSIVA RIDUZIONE DELLA DISPONIBILITÀ DI PROFESSIONISTI**, in particolare infermieri e operatori socio-sanitari (OSS), aggravata da pensionamenti imminenti e da una capacità formativa ancora insufficiente a colmare il ricambio generazionale.

Mentre il fabbisogno di medici si prevede in parziale riequilibrio nei prossimi anni, permangono **forti criticità legate alla disponibilità di personale disposto a lavorare in contesti decentrati, disagiati o in discipline meno attrattive**, come medicina d'urgenza, anestesia, psichiatria o medicina generale. Inoltre, cresce la difficoltà a reperire infermieri e OSS, con un rischio concreto di **compromissione dell'operatività delle nuove strutture territoriali** previste dal PNRR (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali).

Per quanto riguarda il personale delle professioni sanitarie, risulta fondamentale avviare **strategie mirate per accrescere l'attrattività** del settore e fronteggiare la prossima ondata di pensionamenti, soprattutto considerando il numero insufficiente di nuovi laureati nelle materie infermieristiche.

LE AZIONI NECESSARIE NELL'IMMEDIATO FUTURO

Oltre a garantire gli opportuni fabbisogni di personale rispetto alle attività assistenziali, è necessario:

- sviluppare strategie per qualificare ulteriormente **tutte le professioni sanitarie**
- esplicitare le attività che possono essere svolte in autonomia, parziale o totale e sviluppare analisi delle funzioni trasferibili
- avviare un piano capillare di presentazioni della professioni sanitarie nelle scuole superiori, accompagnate da campagne di comunicazione regionali
- definire il rapporto medici/infermieri e il rapporto infermieri/OSS in funzione della tipologia di azienda e dei bisogni
- incrementare la formazione e l'assunzione di personale OSS in giovane età
- favorire politiche efficaci di gestione dell'invecchiamento e del benessere organizzativo (flessibilità, job rotation, affiancamento, presidio della sorveglianza sanitaria...).

**per TUTTE le
professioni
sanitarie**

**aumentare
appeal della
professione**

+ qualificazione

+ autonomia

+ funzioni

**age
management**

Il personale dirigente rappresenta un pilastro essenziale per la tenuta e l'innovazione del sistema sanitario regionale. Tuttavia, negli ultimi anni, si è aggravata la difficoltà di attrazione e fidelizzazione dei professionisti, in particolare in alcune **DISCIPLINE AD ALTA CRITICITÀ** (medicina d'urgenza, anestesia, psichiatria, medicina interna, pediatria) e in contesti **meno attrattivi** dal punto di vista logistico, organizzativo o di carico di lavoro (presidi periferici, aree montane, ospedali con ridotti volumi).

In risposta a questa sfida, la Regione Piemonte intende promuovere una **strategia integrata di VALORIZZAZIONE DELLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA**, centrata su sviluppo professionale, riconoscimento del merito, flessibilità organizzativa e riequilibrio territoriale, in coerenza con gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), del DM 77 e della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

LE AZIONI NECESSARIE NELL'IMMEDIATO FUTURO

- potenziare i percorsi individuali di formazione e sviluppo
- premiare il merito e accompagnare la crescita professionale sul terreno organizzativo, contrattuale e retributivo
- definire incentivi e adeguate soluzioni organizzative e contrattuali per le discipline e sedi di lavoro meno attrattive
- organizzare il percorso formativo della nuova figura **"ASSISTENTE INFERMIERE"** e agevolarne l'introduzione nelle ASR
- valorizzare i professionisti che lavorano presso presidi periferici, grazie a:
 - rafforzamento delle reti ospedaliere che esplicitino le vocazioni delle diverse strutture
 - centralizzazione della casistica
 - sviluppo di UO uniche inter – presidio
 - avvio di equipe itineranti, così da garantire adeguati volumi di attività, tecnologie e formazione a tutti i professionisti

DIRIGENTI MEDICI E SANITARI

- + **formazione
individuale**
- + **incentivi**
- + **equipe
itineranti in
aree disagiate**

Per quanto concerne il personale tecnico e amministrativo, l'imminente ondata di pensionamenti rappresenta un'opportunità per valorizzare il loro ruolo, ottimizzando le risorse mediante la sostituzione dell'attuale personale con un numero ridotto di unità, ma con competenze superiori, da mettere al servizio di pazienti, professionisti e aziende.

Rispetto al governo complessivo del sistema, emerge una forte eterogeneità tra aziende rispetto alle dotazioni, ai volumi di reclutamento degli ultimi anni, alle assenze.... A tal proposito, la Regione definisce una programmazione precisa dei volumi e mix di personale per azienda in funzione della sua produzione necessaria e vocazione, sottolineando la necessità di un inserimento strategico di amministrativi di reparti per ridurre impiego tempo non clinico di dirigenza e comparto.

PERSONALE TECNICO E AMMINISTRATIVO

programmazione volumi di attività e mix di personale

La dotazione di personale delle ASR al 31 dicembre 2024 risulta così rappresentata:

Aggregazione Profili	Tempo Indeterminato			Tempo Determinato			TD + TI		
	Consistenza organico al 30.06.2023	Consistenza Organico al 31.12.2024	Extra Turnover (30.06.23 - 31.12.24)	Consistenza organico al 30.06.2023	Consistenza Organico al 31.12.2024	Extra Turnover (30.06.23 - 31.12.24)	Consistenza organico al 30.06.2023	Consistenza Organico al 31.12.2024	Extra Turnover (30.06.23 - 31.12.24)
Medici	8.125	8.116	-9	197	418	221	8.322	8.534	212
Odontoiatri e Veterinari	419	416	-3	3	22	19	422	438	16
Dirigenza Sanitaria	904	984	80	33	42	9	937	1.026	89
Dirigenza PTA	297	292	-5	9	39	30	306	331	25
Infermieri	20.790	21.337	547	423	167	-256	21.213	21.504	291
Infermieri Pediatrici	892	875	-17	12	15	3	904	890	-14
Ostetriche	1.034	1.052	18	8	28	20	1.042	1.080	38
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	1.380	1.375	-5	4	1	-3	1.384	1.376	-8
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	1.481	1.546	65	13	7	-6	1.494	1.553	59
Altro personale Tecnico Sanitario	508	458	-50	15	14	-1	523	472	-51
Personale Funzioni Riabilitative	1.771	1.927	156	31	17	-14	1.802	1.944	142
Personale Vigilanza e Ispezione	532	551	19	6	4	-2	538	555	17
Operatore Socio Sanitario	7.473	7.774	301	295	429	134	7.768	8.203	435
Assistente Sociale	252	282	30	9	15	6	261	297	36
Ruolo Tecnico e Professionale	2.984	2.952	-32	8	41	33	2.992	2.993	1
Ruolo Amministrativo	6.473	6.700	227	103	43	-60	6.576	6.743	167
Totale complessivo	55.315	56.637	1.322	1.169	1.302	133	56.484	57.939	1.455

Rispetto al 30 giugno 2023 nel SSR è stato garantito il **TURNOVER TOTALE** e la dotazione organica è stata incrementata di **1455 unità**

PARTERNARIATI PUBBLICO – PRIVATI PER NUOVE INFRASTRUTTURE SANITARIE

In un contesto in cui **innovazione, sostenibilità, integrazione e prossimità** sono elementi sempre più centrali nella trasformazione dei sistemi sanitari, la **realizzazione e l'ammodernamento delle infrastrutture** rappresentano una leva essenziale per rafforzare la **capacità del sistema regionale** di rispondere efficacemente e tempestivamente ai bisogni di salute della popolazione.

In quest'ottica, la Regione Piemonte considera il Partenariato Pubblico-Privato (PPP) uno strumento complementare agli investimenti pubblici, in grado di:

- accelerare la realizzazione di opere complesse, superando i limiti della sola programmazione pubblica
- valorizzare le competenze progettuali, gestionali e tecnologiche del sistema imprenditoriale, in una logica di collaborazione regolata e di interesse pubblico
- promuovere la qualità, l'innovazione tecnologica e la sostenibilità economica di lungo periodo delle strutture e dei servizi
- sviluppare modelli gestionali moderni, con elevato grado di accountability e misurabilità delle performance

La Regione Piemonte intende attivare **FORME DI PARTENARIATO TRASPARENTI, REGOLAMENTATE E ORIENTATE AL VALORE PUBBLICO**, in coerenza con la normativa vigente e con le priorità definite dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), dal Piano Regionale degli Investimenti e dalla programmazione sanitaria regionale, con particolare riferimento allo sviluppo di **infrastrutture tecnologiche e digitali**. Ogni iniziativa di PPP, prima della sua attivazione, **dovrà essere preventivamente sottoposta all'approvazione della Regione Piemonte**, che ne valuterà:

- la coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale e con il Piano Socio Sanitario
- la sostenibilità tecnico-economica e finanziaria
- il valore aggiunto per il sistema pubblico e per i cittadini
- il rispetto dei principi di trasparenza, tutela dell'interesse pubblico e adeguata allocazione dei rischi

PPP come risposta ai bisogni di salute

VINCOLI cybersecurity, interoperabilità, protezione dati, scalabilità, neutralità tecnologica, valutazione di impatto, indicatori di outcome

RUOLO DEI SOGGETTI EROGATORI PRIVATI

Il Piano definisce il ruolo dei soggetti erogatori privati all'interno del sistema sanitario regionale, nel rispetto della competenza programmatica pubblica e in coerenza con i principi di integrazione, qualità, appropriatezza ed equilibrio tra pubblico e privato. La Regione Piemonte garantisce i Livelli Essenziali e Uniformi di Assistenza (LEA) avvalendosi di una rete composta da presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU), Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), strutture e professionisti accreditati, pubblici e privati, ai sensi dell'art. 8-quater del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., in base a quanto previsto dagli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del medesimo decreto.

AUTORIZZAZIONE

L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi che si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento, alla trasformazione e al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate.

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

È rilasciato dalla Regione a strutture autorizzate, pubbliche o private, professionisti, organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari solo se:

- sono in possesso dei requisiti ulteriori di qualificazione
- la loro funzionalità rispetta gli indirizzi di programmazione regionale
- l'attività svolta e i risultati raggiunti sono stati verificati con esito positivo

Per individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la Regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa (art. 9 del D.lgs 502/1992 e s.m.i.). La Regione provvede al rilascio dell'accREDITAMENTO ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui sopra, alle strutture private non lucrative e alle strutture private lucrative.

STIPULAZIONE DI SPECIFICI ACCORDI CONTRATTUALI

La Regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con aziende private, professionisti accreditati, organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale. In attesa dei provvedimenti esecutivi nazionali per il potenziamento del settore, la **Regione Piemonte intende valorizzare il ruolo del privato all'interno dell'ecosistema delle regole che lo rende sempre più integrante e complementare al pubblico, contribuendo alla sua resilienza, capillarità e innovazione.**

PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA SPESA SANITARIA E SOCIO - SANITARIA

Il Piano definisce il ruolo dei soggetti erogatori privati all'interno del sistema sanitario regionale, nel rispetto della competenza programmatica pubblica e in coerenza con i principi di integrazione, qualità, appropriatezza ed equilibrio tra pubblico e privato. La Regione Piemonte garantisce i Livelli Essenziali e Uniformi di Assistenza (LEA) avvalendosi di una rete composta da presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere-Universitarie (AOU), Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), strutture e professionisti accreditati, pubblici e privati, ai sensi dell'art. 8-quater del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., in base a quanto previsto dagli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del medesimo decreto. I livelli regolatori

AUTORIZZAZIONE

l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi che si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento, alla trasformazione e al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

è rilasciato dalla Regione a strutture autorizzate, pubbliche o private, professionisti, organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari solo se:

- sono in possesso dei requisiti ulteriori di qualificazione
- la loro funzionalità rispetta gli indirizzi di programmazione regionale
- l'attività svolta e i risultati raggiunti sono stati verificati con esito positivo

Per individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la Regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa (art. 9 del D.lgs 502/1992 e s.m.i.). La Regione provvede al rilascio dell'accREDITAMENTO ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui sopra, alle strutture private non lucrative e alle strutture private lucrative

STIPULAZIONE DI SPECIFICI ACCORDI CONTRATTUALI

La Regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con aziende private, professionisti accreditati, organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale. In attesa dei provvedimenti esecutivi nazionali per il potenziamento del settore, la Regione Piemonte intende valorizzare il ruolo del privato all'interno dell'ecosistema delle regole che lo rende sempre più integrante e complementare al pubblico, contribuendo alla sua resilienza, capillarità e innovazione.

È in corso la revisione delle discipline di ricovero ed ambulatoriali in modo da aggiornare il numero dei posti letto.

La Regione Piemonte assume come principio guida l'equità nell'accesso alle cure e nei meccanismi di partecipazione alla spesa, nel rispetto del quadro normativo nazionale (DM 11 dicembre 2009, Legge di Bilancio 2025 – art. RUAS, ecc) e nel solco della programmazione socio-sanitaria regionale.

Il sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria si applica, conformemente alla normativa nazionale, attraverso il sistema dei ticket. La Regione Piemonte garantisce:

- l'uniforme applicazione delle esenzioni per reddito, età, patologie croniche e rare, disabilità, maternità e situazioni di vulnerabilità sociale
- la gestione delle quote di compartecipazione alle prestazioni socio-sanitarie (ad esempio residenzialità, assistenza domiciliare integrata, interventi per disabili), secondo criteri definiti e aggiornati a livello regionale

La Regione Piemonte valorizza e promuove la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro rappresentanze ai processi di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

In coerenza con quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2025, che ha istituito il Registro Unico delle Associazioni della Salute (RUAS), la Regione si impegna a favorire il **RACCORDO TRA LE ASSOCIAZIONI ISCRITTE AL RUAS E GLI ORGANISMI REGIONALI DI PARTECIPAZIONE**, promuovendo forme strutturate di consultazione e co-programmazione con il Terzo Settore e le associazioni di pazienti e cittadini.

sistema di esenzioni e quote di com- partecipazione

12

FORMAZIONE E RICERCA



FORMAZIONE E RICERCA

12.0

La qualità dei servizi sanitari e sociosanitari dipende in larga parte dalla **preparazione, aggiornamento e motivazione dei professionisti** che operano nel sistema. In un contesto caratterizzato da rapida evoluzione scientifica, tecnologica e organizzativa, la formazione continua rappresenta una **leva strategica per garantire sicurezza, appropriatezza e centralità della persona assistita**.

La Regione Piemonte riconosce la **formazione continua, la ricerca applicata e l'innovazione clinica e organizzativa** come pilastri di un servizio sanitario moderno, equo e sostenibile.

Obiettivi strategici sono:

- assicurare un **aggiornamento sistematico e coerente con le priorità regionali** ai professionisti sanitari, sociosanitari e amministrativi.
- potenziare le capacità del sistema regionale di generare **conoscenza, innovazione e ricerca**, con attenzione alle aree cliniche prioritarie (cronicità, fragilità, salute mentale, oncologia...).
- favorire la **contaminazione tra formazione accademica, pratica clinica e bisogni organizzativi**, per formare professionisti pronti alle sfide del futuro.

FORMAZIONE CONTINUA DEI PROFESSIONISTI SANITARI

La Regione Piemonte riconosce nella formazione continua un elemento strategico per assicurare la qualità, la sicurezza e l'equità dell'assistenza, nonché per sostenere l'innovazione organizzativa e tecnologica. In un contesto caratterizzato da rapidi cambiamenti scientifici, digitali e normativi, è fondamentale promuovere un aggiornamento sistematico e coerente delle competenze di tutti gli operatori del sistema: medici, infermieri, tecnici, operatori sociosanitari, personale amministrativo e dirigenziale. Il Piano prevede il rafforzamento dell'offerta formativa regionale, attraverso un modello integrato che coinvolga in modo strutturato le Aziende sanitarie, le Università, gli Ordini professionali e altri attori del sistema della conoscenza e della ricerca. In particolare, si intende:

- sviluppare percorsi formativi capaci di integrare **aspetti teorici e competenze pratiche**, anche attraverso la valorizzazione dei contesti clinico-assistenziali come luoghi di apprendimento continuo
- promuovere lo sviluppo di **competenze digitali trasversali**, necessarie per l'utilizzo consapevole del Fascicolo Sanitario Elettronico, delle piattaforme di telemedicina, dei sistemi di supporto alle decisioni cliniche e delle soluzioni di intelligenza artificiale
- incentivare l'**approccio interprofessionale e multidisciplinare**, soprattutto per la gestione integrata della cronicità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità;
- diffondere contenuti formativi su **umanizzazione delle cure, etica, equità di accesso, comunicazione con il paziente e promozione della salute**, in coerenza con i nuovi paradigmi della medicina di iniziativa e della salute di comunità;
- garantire l'aggiornamento continuo su **sicurezza, normativa, gestione del rischio clinico, qualità delle cure e modelli organizzativi avanzati**.

La Regione intende inoltre:

- potenziare il coordinamento tra le strutture formative delle Aziende sanitarie, le Università e gli Ordini professionali
- valorizzare l'utilizzo di metodologie innovative (e-learning, simulazione, blended learning)
- sostenere la formazione come leva per la qualità e la sostenibilità, legandola agli obiettivi aziendali e ai bisogni rilevati sul territorio.

**competenze
in evoluzione**

e-learning

**blend
learning**

**formazione
come leva di
qualità e
motivazione**

RICERCA E INNOVAZIONE NELLE CURE

L'attività di ricerca sanitaria è parte integrante della mission delle aziende ospedaliere universitarie e una grande opportunità per tutte le aziende sanitarie. La ricerca clinica costituisce un importante investimento sulle risorse umane del SSR con un significativo ritorno per il sistema e le aziende

Nel 2022 Regione Piemonte ha istituito il **Dipartimento Attività Integrate Ricerca Innovazione Regionale – DAIRI-R**, con l'obiettivo di promuovere e allineare le iniziative di ricerca sul territorio regionale. Come evidenziato dalle analisi sviluppate dal DAIRI-R, nel 95% delle aziende sono presenti facilities a supporto dell'attività di ricerca, e in 14 aziende è presente un'infrastruttura per la gestione delle sperimentazioni cliniche, variamente denominata Ufficio Sperimentazioni, Clinical Trial Center o Clinical Trial Unit.

Per agevolare la ricerca clinica, la Regione Piemonte promuove:

- il **potenziamento della produzione scientifica** delle AOU (soprattutto Città della Salute e della Scienza di Torino), anche assegnando obiettivi alle direzioni
- l'**istituzionalizzazione della ricerca sanitaria** come una delle funzioni primarie proprie di tutte le aziende sviluppando centri di riferimento diffusi sul territorio, così da rendere più attrattivi gli ospedali provinciali e ridurre la mobilità passiva verso altre Regioni
- l'**istituzione di Clinical Trial Unit (CTU)** dove non presenti e il rafforzamento della rete delle CTU, per garantire adeguate dotazioni di personale formato e dedicato all'attività di ricerca, infrastrutture informatiche e gestionali, procedure operative e regolamenti, sistemi di rendicontazione economica e di audit interno per la verifica della qualità
- l'**adozione di strumenti e "riti" aziendali volti a diffondere la cultura della ricerca** (fondi per la ricerca, giornata della ricerca, premi per la ricerca, seminari, piattaforme sugli studi attivi per favorire il knowledge sharing...)
- il **sostegno del tessuto profit e no profit** regionale alla ricerca clinica
- lo sviluppo della **ricerca in ambito manageriale**, per quanto riguarda la organizzazione e gestione delle Aziende Sanitarie con strumenti omogenei e validati al fine della formazione manageriale su tematiche di organizzazione e gestione dei servizi
- la valorizzazione delle **Medical Humanities**

COLLABORAZIONE CON UNIVERSITÀ E CENTRI DI RICERCA

Attraverso la sinergia tra la Regione Piemonte e le Università Piemontesi, sono stati messi in opera 7 progetti per la creazione di nuovi IRCCS - Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Lo sviluppo di nuovi IRCCS si inserisce in coerenza con la visione di sistema integrato e innovativo e coinvolge attivamente anche la rete industriale e la rete internazionale della ricerca.

- IRCCS MALATTIE CARDIOVASCOLARI E PNEUMOLOGICHE (AOU ALESSANDRIA)
- IRCCS SCIENZE PEDIATRICHE (OIRM S. ANNA)
- IRCCS SCIENZE NEFROLOGICHE (ASL CITTA' DI TORINO)
- IRCCS SCIENZE ORTOPEDICHE (CTO)
- IRCCS SCIENZE TRAPIANTOLOGICHE (CDDS TORINO)
- IRCCS AOU NOVARA (in corso di definizione la disciplina)
- IRCCS AOU San Luigi (in corso di definizione la disciplina)

L'iter per il riconoscimento dell'IRCCS di Alessandria dovrebbe concludersi entro l'anno 2025, per l'IRCCS Pediatrico e per quello Nefrologico si ipotizza la conclusione dell'iter entro il 1° semestre 2026. Per gli altri IRCCS è iniziato l'iter valutativo regionale ed universitario.

In questo ambito la Regione Piemonte si propone di costituire una rete degli IRCCS PUBBLICI E PRIVATI in modo da garantire maggiore integrazione, ridurre la mobilità passiva e attrarre mobilità attiva di alta specialità.

LINEE STRATEGICHE PER LA RICERCA BIOMEDICA E CLINICA TRASLAZIONALE

La Regione si propone di accelerare la trasformazione dei risultati della ricerca di base in applicazioni cliniche innovative, migliorando la diagnosi precoce, la terapia personalizzata e l'assistenza sanitaria integrata per i pazienti piemontesi. Il sistema a regime dovrà essere snello e flessibile per adattarsi velocemente alle richieste dei bisogni di salute degli utenti e dei finanziatori

LE AREE PRIORITARIE DI RICERCA

- oncologia traslazionale: sviluppo di biomarcatori predittivi, terapie target e studi clinici early-phase
- neuroscienze cliniche: biomarcatori diagnostici e approcci terapeutici innovativi per malattie neurodegenerative e psichiatriche
- malattie croniche e dell'Invecchiamento: studi real-world per modelli predittivi di evoluzione clinica e prevenzione
- trapianti d'organo e di tessuti
- area cardiologica e riabilitativa
- area ortopedica e traumatological
- terapie avanzate e medicina rigenerativa: espansione di GMP-facility regionali per terapie cellulari e geniche
- Digital Health e AI: sviluppo di algoritmi di intelligenza artificiale applicati alla clinica, telemedicina e remote monitoring.

LE AZIONI STRATEGICHE

- costituzione di un Centro Regionale per la Ricerca Traslazionale: integrando ospedali universitari, IRCCS, e centri di ricerca
- creazione di un Registro Unico di Studi Clinici Traslazionali per ottimizzare il reclutamento pazienti e condividere dati
- condivisione di infrastrutture tecnologiche: biobanche unificate, piattaforme omiche, imaging avanzato, laboratori GMP
- Network regionale di Living-Labs clinici focalizzati sulle principali aree terapeutiche

GOVERNANCE E COORDINAMENTO

Le attività sono governate attraverso il Tavolo Regionale Ricerca Traslazionale (TRRT) con stakeholder clinici, accademici e industriali. Inoltre, sono previsti gruppi di lavoro tematici interdisciplinari con specifici obiettivi annuali e valutazioni periodiche.

RISORSE E FINANZIAMENTI

Utilizzo combinato di fondi regionali, nazionali (PNRR Missione 6), europei (Horizon Europe), fondazioni e privati.

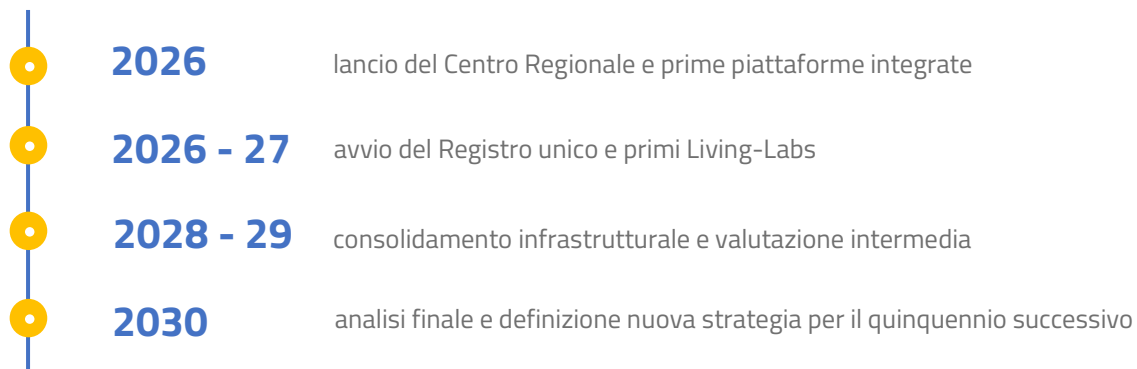
Il budget previsto è di **200 M€ cumulativi** (2025-2030).

INDICATORI DI PERFORMANCE (KPI)

Per l'anno di 2025 sono disponibili i seguenti indicatori:

- numero di studi clinici traslazionali avviati: incremento del 40%
- tempo medio dalla ricerca preclinica all'applicazione clinica: riduzione del 25%
- nuovi brevetti clinici depositati: +60%
- aumento delle collaborazioni pubblico-private: +50%

IL CRONOPROGRAMMA SINTETICO



13

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE



COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

13.0

Nel contesto attuale, caratterizzato da complessità informativa e da crescente domanda di trasparenza da parte dei cittadini, i temi della **comunicazione istituzionale** e dell'**informazione sociosanitaria** assumono un ruolo sempre più strategico. La comunicazione non è solo uno strumento di diffusione, ma una funzione pubblica essenziale: abilita la partecipazione informata, rafforza il patto di fiducia tra istituzioni e cittadini, promuove l'equità nell'accesso ai servizi e contribuisce alla costruzione di una cittadinanza sanitaria consapevole.

La Regione Piemonte intende rafforzare questa dimensione come asse trasversale di tutte le politiche sociosanitarie, con l'obiettivo di garantire informazione chiara, accessibile, tempestiva e verificabile, contrastare la disinformazione e promuovere la cultura della salute. rendere il **CITTADINO PROTAGONISTA INFORMATO DEL PROPRIO PERCORSO DI SALUTE E CURA**, attraverso strumenti chiari, accessibili e comprensibili.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

- promuovere una **cultura della salute condivisa**, fondata su dati affidabili, ascolto attivo e trasparenza
- garantire il **diritto all'informazione sanitaria** anche per le persone fragili, con disabilità, migranti e popolazioni a rischio di esclusione
- valorizzare **l'identità pubblica e il linguaggio comune del sistema sociosanitario** regionale
- **valorizzare la comunicazione di prossimità**, anche in collaborazione con Enti locali, Terzo Settore e stakeholder territoriali, per intercettare i bisogni informativi e rafforzare il presidio sul territorio.

La Regione Piemonte si impegna quindi a strutturare un modello di comunicazione sociosanitaria fondato su trasparenza, coerenza, accessibilità e ascolto attivo, riconoscendo la comunicazione pubblica come **fattore abilitante della qualità, dell'appropriatezza e della sostenibilità del sistema**.

PIATTORME DIGITALI PER FACILITARE L'ACCESSO ALLE CURE

La Regione Piemonte ha attivato molti anni fa il portale Salute Piemonte, punto di accesso unico ai principali servizi digitali sanitari regionali, tra cui la prenotazione di visite ed esami, la consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, la gestione del medico di base e la ricezione di referti e documenti clinici. Si tratta di uno strumento che concretamente semplifica il rapporto tra cittadino e sistema sanitario, migliorando l'accesso a informazioni e servizi: l'integrazione con sistemi nazionali di identità digitale (SPID/CIE), la semplificazione dell'interfaccia utente e la fruizione da remoto, anche tramite app mobile – costituiscono assi prioritari per ridurre le disuguaglianze di accesso, in particolare per le persone con mobilità ridotta, residenti in aree interne o affette da patologie croniche.

Nell'ambito di realizzazione del PSSR sarà rivolta, a seguito dei decreti nazionali attuativi, particolare attenzione all'ulteriore sviluppo di strumenti digitali proattivi, come gli assistenti virtuali basati su intelligenza artificiale generativa, capaci di orientare il cittadino nel percorso di cura, agevolare l'accesso alle prestazioni e supportare l'aderenza terapeutica.

Obiettivi strategici sono:

- **facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari**, tramite un'interfaccia unica e integrata (es. portale Salute Piemonte, Fascicolo Sanitario Elettronico, CUP regionale);
- **rendere trasparenti i percorsi di cura**, grazie a piattaforme che permettano al cittadino di consultare in modo sicuro ed efficace le prescrizioni, le prenotazioni, gli esiti degli esami e i propri dati clinici;
- **digitalizzare l'intero ciclo della prenotazione e fruizione delle prestazioni**, favorendo anche l'autonomia dell'utente e l'assistenza proattiva nei casi di maggiore fragilità;
- **estendere l'utilizzo della telemedicina**, attraverso piattaforme regionali integrate per televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza, in particolare per pazienti cronici e non autosufficienti;
- **promuovere soluzioni mobile-first e inclusive**, sviluppando applicazioni semplici, accessibili anche da smartphone e fruibili da persone con diverse abilità o competenze digitali;
- **integrare le piattaforme con i sistemi di emergenza, continuità assistenziale e assistenza territoriale**, per garantire tempestività e coordinamento nella presa in carico;
- **Creazione del nuovo portale che racchiuderà tutti i servizi sanitari, www.piemonteinsalute.it, collegato alla nuova APP.**



www.salutepiemonte.it

le piattaforme digitali diventano così non solo un canale informativo, ma un ambiente di relazione continuativa tra cittadini e sistema sanitario, in linea con il modello di sanità territoriale promosso dal PNRR e dal nuovo ecosistema dei dati sanitari

PROGRAMMI DI EDUCAZIONE SANITARIA

La promozione di una **“cultura della salute” diffusa e partecipata** è una leva di fondamentale importanza per contribuire a migliorare gli stili di vita, prevenire le malattie croniche e rafforzare la capacità delle persone di gestire consapevolmente il proprio percorso di cura.

L'attenzione della Regione Piemonte è ben rappresentata dalle iniziative promosse nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) che include:

- un programma strutturato di Promozione della Salute, denominato “Guadagnare Salute”
- una strategia di comunicazione che utilizza strumenti e piani condivisi e coordinati tra livello regionale e locale
- la gestione di campagne attuate dalle ASL che coprono i temi prioritari quali dalla vaccinazione, dipendenze, sicurezza, screening e stili di vita salutari
- una banca dati di materiali per supportare, diffondere e standardizzare processi di comunicazione e promozione della salute

Nel contesto di attuazione del PSSR si intende rilanciare e ampliare i programmi di educazione sanitaria, con approcci differenziati per target (bambini, adolescenti, adulti, anziani) e per ambiti tematici (prevenzione primaria, salute mentale, uso corretto dei farmaci, alimentazione, attività fisica, salute digitale, ecc.).

Queste attività saranno sviluppate in collaborazione con le Aziende sanitarie, il mondo della scuola, le associazioni di pazienti, i media locali e le piattaforme digitali regionali. Si darà particolare impulso alla diffusione di format innovativi, multicanale e inclusivi. Una attenzione particolare sarà rivolta alla capacità di distinguere le fonti affidabili di informazione, anche in funzione del contrasto alla disinformazione e al fenomeno delle fake news.

l'educazione sanitaria sarà dunque intesa non solo come trasmissione di contenuti, ma anche come processo partecipativo e dialogico, che valorizza le conoscenze pregresse dei cittadini, rafforza l'empowerment individuale e collettivo e favorisce la creazione di comunità più resilienti

CAMPAGNE INFORMATIVE AI CITTADINI

Nell'ambito di attuazione del PSSR sono previste campagne di comunicazione rivolte ai cittadini allo scopo di rafforzare la fiducia nel sistema sanitario e facilitare comportamenti consapevoli e corretti in ambito di salute.

La Regione Piemonte intende consolidare e ampliare il proprio impegno nella realizzazione di campagne multicanale, accessibili, scientificamente fondate e coordinate, in grado di raggiungere efficacemente target eterogenei, anche attraverso linguaggi e formati diversificati (affissioni, social media, video, eventi, radio, media locali).

L'approccio comunicativo sarà orientato non solo all'informazione, ma anche all'ingaggio attivo delle persone, promuovendo campagne su temi prioritari, quali a titolo di esempio vaccinazioni, screening oncologici, salute mentale, uso appropriato del pronto soccorso, prevenzione delle dipendenze, sicurezza alimentare, stili di vita salutari e contrasto alla disinformazione sanitaria.

Sarà valorizzato il patrimonio di contenuti già disponibili e si lavorerà alla creazione di un coordinamento stabile tra Regione, ASL e stakeholder locali per favorire coerenza, qualità e capillarità delle iniziative.

Inoltre, in linea con il Piano Regionale della Prevenzione, si prevede l'uso crescente di strumenti digitali e social media per il monitoraggio dell'efficacia delle campagne, l'ascolto attivo dei bisogni comunicativi e la personalizzazione dei messaggi, rafforzando così il ruolo della comunicazione pubblica come leva di salute e partecipazione.

l'investimento nella comunicazione sarà pertanto integrato nella programmazione regionale, come componente strutturale delle politiche di prevenzione, promozione della salute e umanizzazione dell'assistenza

14

IL PIANO SOCIO SANITARIO DELLA REGIONE PIEMONTE VISTO DAL WELFARE



INTRODUZIONE AL PSSR VISTO DAL WELFARE

14.0

Al di là delle prestazioni di natura socio-sanitaria per le quali esiste già una regolamentazione a livello regionale ed una stretta correlazione tra servizi sociali e servizi sanitari attraverso la compartecipazione alla spesa ed una suddivisione del lavoro chiara e definita, il contributo che il welfare può comportare al piano socio-sanitario si sostanzia in ulteriori prestazioni che, pur avendo natura puramente assistenziale e sociale, senza alcuna valenza sanitaria, contribuiscono a definire elementi che possono contribuire a creare migliori condizioni di salute e di benessere della persona che si riflettono nel medio- lungo periodo sul sistema sanitario.

Tutte le prestazioni assistenziali sono erogate dal sistema degli Enti gestori socio-assistenziali, articolate sul territorio, vanno ad intercettare situazioni di fragilità mettendo in essere servizi di prevenzione del ricovero cercando di limitare azioni ed interventi impattanti sulla vita delle persone fragili, attraverso l'attivazione di assistenza domiciliare. Il concetto di salute promosso dall'OMS definisce, nel 1948, la salute come lo stato di benessere fisico, mentale e sociale; la nuova definizione del 2011 definisce la salute come "la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive".

Tralasciando i tanti determinanti di salute che caratterizzano la vita sociale della popolazione ci pare ovvio, ma sempre utile, rimarcare il ruolo del Welfare nella composizione delle colonne necessarie al conseguimento di uno stato di salute positivo. Pertanto, non sono solo le componenti socio-sanitarie che investono il Welfare nelle azioni di "salute" (che comunque non sono poche) ma anche gli innumerevoli interventi prettamente "sociali" contribuiscono all'obiettivo "salute".

Per il Welfare anche una buona edilizia sociale contribuisce alla salute, un buon invecchiamento attivo, una incisiva lotta alla povertà, una buona inclusione sociale, fino ad arrivare ad un ventaglio di opportunità per essere/diventare genitori positivi capaci di generare "salute".

Con questo approccio il Welfare intende dare un contributo di proposte e di azioni concrete sia in campo sociosanitario e sociale nel nuovo piano Socio-Sanitario che la Regione Piemonte sta predisponendo. Sicuramente

l'idea di un piano integrato non può che favorire un giusto processo di azioni sostenibili che possano garantire ai cittadini piemontesi la miglior salute possibile nei loro, molteplici e diversi, contesti di vita.

Lo schema di questo lavoro prevede una introduzione al contesto organizzativo dei Servizi Sociali piemontesi (EE.GG./ATS), alcune proposte programmatiche socio-sanitarie utili a rinnovare e a modernizzare le norme (DGR) più importanti del contesto socio-sanitario, alcune azioni prettamente sociali necessarie al completamento degli obiettivi di benessere/salute che ci poniamo.

Ecosistema welfare regionale





L'assetto istituzionale dei servizi socioassistenziali in Piemonte è normato dalla legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 (Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali).

I comuni sono i titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale: la rilevanza del comune, quale ente territoriale maggiormente vicino alle necessità dei cittadini, viene ribadita nella più recente normativa sia nazionale che regionale.

La presenza in Piemonte di 1181 comuni, dei quali circa il 51.9% risulta con meno di mille abitanti, e il basso tasso di antropizzazione delle zone montane e collinari hanno, da sempre, indotto l'amministrazione regionale ad incentivare la gestione associata per garantire una ottimale realizzazione degli interventi e servizi sociali.

La l.r. 1/2004 individua in tale gestione ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali, entro gli ambiti territoriali ottimali coincidenti con i distretti sanitari o multipli di essi, al fine di assicurare la migliore integrazione con i servizi sanitari.

La stessa legge, in una logica di continuità con le disposizioni legislative precedenti, consente che i comuni adottino le forme associative ritenute più funzionali, sulla base delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche delle singole zone e delle peculiarità dei bisogni delle zone medesime: gli amministratori delle comunità locali sono, pertanto, liberi di individuare le soluzioni gestionali più idonee a garantire un sistema integrato di servizi offerti ai cittadini e ad assicurare una adeguata risposta alle esigenze del proprio ambito territoriale di competenza.

Da anni i comuni della Regione Piemonte hanno optato per la gestione associata delle funzioni socioassistenziali, facendo ricorso, in maniera nettamente prevalente, alla forma giuridica del consorzio. Una scelta che ha avuto risvolti importanti e positivi, perché ha permesso il progressivo sviluppo di un modello operativo e organizzativo, capace di superare la storica frammentazione istituzionale tipica della nostra regione. Pertanto, l'esperienza dei consorzi rappresenta un ineludibile punto di partenza, anche alla luce del fatto che l'attuale quadro normativo, entrato in una fase molto instabile a partire dal 2009, ad oggi consente la permanenza di questo strumento per garantire la funzione socioassistenziale.

Si fornisce un breve estratto normativo

Legge regionale n. 1/2004, Art. 9 (Forme gestionali):

"1. La Regione individua nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni e prevede incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali di cui all'articolo 8. 2. La gestione in forma singola dei comuni capoluogo di provincia è idonea a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali. 3. Per la gestione associata delle funzioni, i comuni adottano le forme associative previste dalla legislazione vigente che ritengono più idonee ad assicurare una ottimale

realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali, compresa la gestione associata tramite delega all'ASL, le cui modalità gestionali vengono definite con l'atto di delega. 4. Gli enti gestori istituzionali che esercitano le attività secondo le forme associative di cui al comma 3 applicano, qualora previsto dai rispettivi statuti, le norme relative all'ordinamento finanziario e contabile di cui alla parte II del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), nonché, in quanto applicabili, le norme di cui al titolo IV del medesimo d.lgs. in riferimento al personale dipendente. 5. Le attività sociali a rilievo sanitario per la tutela materno-infantile e dell'età evolutiva nonché per adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, le attività di formazione professionale del personale dei servizi sociali e quelle relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza sui servizi e sulle strutture sono obbligatoriamente gestite in forma associata ai sensi dei commi 1, 2 e 3, o dai comuni capoluoghi di provincia o dalle ASL delegate. I soggetti gestori assicurano le attività sociali a rilievo sanitario garantendone l'integrazione, su base distrettuale, con le attività sanitarie a rilievo sociale e con le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria di competenza delle ASL”.

Legge regionale n. 11 del 28 settembre 2012 "Disposizioni organiche in materia di enti locali"

Art. 1, co. 5: “La Regione disciplina la gestione associata della funzione socio assistenziale anche riconoscendo l'esperienza dei consorzi tra comuni, in coerenza con quanto previsto all'articolo 9 della legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 (Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento).”

Art. 3. (Esercizio associato di funzioni e di servizi): “1. I comuni obbligati all'esercizio associato in base alla normativa statale vigente svolgono le funzioni ed i servizi mediante unioni di comuni o convenzioni. 2. Le funzioni ed i servizi in materia socio assistenziale possono essere gestite mediante consorzi tra comuni. 3. Fermo restando quanto stabilito in materia di gestione associata obbligatoria, i comuni possono esercitare in forma associata le funzioni già conferite dalla Regione nelle materie di cui all'articolo 117, commi terzo e quarto della Costituzione. 4. Le leggi regionali di conferimento di funzioni ai comuni dispongono i casi di obbligo di gestione associata delle stesse.”.

Art. 7, co. 2: “Il limite demografico minimo per l'esercizio in forma associata della funzione sociale, fermo restando il rispetto degli obiettivi del Piano socio-sanitario, è di quarantamila abitanti.”

FORME GESTIONALI ENTI GESTORI PIEMONTESI ANNO 2025

Consorzi di comuni :	34
Unioni di Comuni :	5
Convenzioni tra comuni, tra comuni e altre forme associative	3
Delega all'azienda sanitaria locale (ASL)	1
Gestione in forma singola (da parte di comuni capoluogo di provincia)	3

Totale	46
---------------	-----------

ENTI GESTORI CON POPOLAZIONE <40.000 ABITANTI

ASL	AMBITO TERRITORIALE	COD. SOG. GEST. 2024	SOGGETTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI	POPOLAZIONE 2023
TO 4	CALUSO	20	Consorzio Intercomunale Servizi Socio - Assistenziali C.I.S.S.-A.C. - CALUSO	38.239
VC	ORIZZONTI NORD-EST- O.N.E	32	Consorzio per l'Attività Socio - Assistenziale C.A.S.A. GATTINARA	35.516
VC	ORIZZONTI NORD-EST- O.N.E	93	UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELLA VALSESIA - VARALLO SESIA	37.862
NO	AREA NORD	38	Comuni convenzionati di Arona - c/o ARONA	30.683
CN 1	CUNEO SUD EST	91	UNIONE MONTANA DELLE VALLI MONGIA E CEVETTA LANGA CEBANA- ALTA VALLE BORMIDA	21.410
AL	OVADA	63	Consorzio Servizi Sociali OVADA	25.935
AL	ACQUI TERME	92	UNIONE MONTANA SUOL D'ALERAMO - PONTI	39.480

AMBITI TERRITORIALI SOCIALI ED ENTI GESTORI AFFERENTI

15.1

Sono attualmente presenti 40 Ambiti territoriali sociali, dei quali 36 coincidono con il territorio di un Ente gestore. Pertanto, per la grande maggioranza dei casi c'è questa coincidenza ATS-E.G. Invece all'interno di cinque ATS la situazione è differente, come di seguito evidenziata:

- Cuneo sud-est: un consorzio e un'unione montana; unica Asl
- Area nord novarese: un consorzio e una convenzione; unica Asl
- VCO: tre consorzi; unica ASL
- Orizzonti nord-est: due consorzi e un'unione montana (tra i trenta e i quarantamila abitanti per ciascun dei tre enti gestori); territorio dell'Ats afferente a quattro ASL differenti

A riguardo è opportuno evidenziare alcuni riferimenti normativi che chiariscono i margini di azione delle Regioni a riguardo:

- D.Lgs. n. 147/2017 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" all'art. 23 comma 2 stabilisce che: "nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni adottano Ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli Ambiti territoriali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego"
- Decreto Ministeriale n. 103/2019 istitutivo del SIOSS (Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali) che deriva dal D.Lgs n. 147/2017 e prevede all'art. 2, comma 2, che l'unità di rilevazione del SIOSS è l'Ambito

Territoriale; all'art. 3 stabilisce che l'anagrafe degli Ambiti costituisce la base informativa di riferimento per il Ministero.

A seguire con l'approvazione della legge di bilancio 2022 (legge 30 dicembre 2021, n. 234, commi 159-171) è stato definito il contenuto dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e sono stati indicati gli ambiti territoriali sociali (ATS) quale dimensione territoriale e organizzativa necessaria in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS, nonché a garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, concorrendo al contempo alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale.

Le disposizioni normative sopra citate rendono esplicito come l'Ambito Territoriale debba essere il contesto territoriale di riferimento per l'attuazione delle politiche sociali.

Ora, sarebbe inopportuno assistere alla crescita delle sedi governance – quindi delle sedi decisionali – nel caso in cui si affianchi la governance di Ambito a quelle già presenti negli Enti gestori: tale opzione rischierebbe di generare confusione e difficoltà operative. La soluzione potrebbe consistere nel far coincidere gli ATS con gli Enti gestori - soluzione per altro già a portata di mano, viste le indicazioni della situazione regionale sopra riportate. In questo caso la governance dell'ambito rimarrebbe in capo agli E.G che utilizzerebbero gli organi già attivi.

In tal caso si dovrebbe quindi invitare quegli E.G che gravitano nel territorio di uno stesso ambito ad accorparsi.

FINANZIAMENTO DEL SISTEMA DI WELFARE

15.2

I principi relativi all'attuale finanziamento del sistema di welfare regionale sono enunciati nell'art. 35 della legge regionale n. 1/2004 che dispone che:

- il sistema integrato degli interventi e servizi sociali è finanziato dai comuni con il concorso della regione e degli utenti nonché dal fondo sanitario regionale per le attività integrate sociosanitarie
- i comuni, titolari delle funzioni amministrative relative alla realizzazione delle attività e degli interventi sociali, garantiscono risorse finanziarie, le quali, affiancandosi alle risorse messe a disposizione dello Stato, dalla Regione e dagli utenti, assicurano il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio
- l'intervento finanziario regionale ha carattere contributivo rispetto all'intervento primario comunale ed è finalizzato a sostenere lo sviluppo ed il consolidamento su tutto il territorio regionale di una rete di servizi qualitativamente omogenei e rispondenti alle effettive esigenze delle comunità locali.

Le risorse del fondo regionale sono prioritariamente destinate alla contribuzione finanziaria delle gestioni locali conformi alle indicazioni e agli obiettivi fissati dalla Regione.

Il Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali è ripartito annualmente tra gli Enti gestori delle attività socioassistenziali, secondo criteri individuati dalla Giunta regionale, informata la commissione consiliare competente.

I criteri di riparto attualmente vigenti sono stati approvati con deliberazione della Giunta regionale n. 14-714 del 29 settembre 2010 e prevedono la suddivisione delle risorse:

- per il 35% in base alla popolazione residente;
- per il 25% in base agli anziani ultra settantacinquenni residenti;
- per il 25% in base ai minori residenti;
- per il 15% in modo inversamente proporzionale al rapporto popolazione/superficie territoriale (dispersione).
- sulla base di modalità di riequilibrio da adottarsi annualmente in relazione alle scelte programmatiche regionali

Nei successivi anni 2011 e 2012 le Deliberazioni annuali di riequilibrio hanno previsto meccanismi correttivi di perequazione sulle quote risultanti dall'applicazione della suddetta D.G.R. n. 14-714/2010. Dal 2013 al corrente anno, per evitare eccessive alterazioni nella stabilità della gestione locale, le quote sono state ripartite agli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali in misura proporzionale alle quote attribuite negli anni precedenti sulla base dell'effettivo assetto territoriale degli Enti medesimi

Con D.G.R. 44-8660 del 27-05-2024 sono stati confermati i criteri di riequilibrio per l'anno 2024; la determina dirigenziale n. 820/A2204/2023 del 7/6/2024 ha assegnato agli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali complessivamente € 44.374.160,80 così ripartiti:

- € 38.074.160,80 per il Fondo per la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, di cui € 22.000.000 destinate quali risorse per l'attuazione degli interventi previsti dalla legge regionale 28 ottobre 2022 n. 17 (Allontanamento zero. Interventi a sostegno della genitorialità e norme per la prevenzione degli allontanamenti dal nucleo familiare d'origine)
- € 6.300.000,00, per le competenze dell'art. 5, comma 4, della legge regionale n. 1/2004

Concorrono alla composizione del Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali (art. 35 della l.r. 1/2004) anche le risorse ministeriali del Fondo Nazionale Politiche Sociali che vengono ripartite secondo i medesimi criteri adottati per le risorse regionali, va rilevato che con il Decreto Interministeriale del 22 ottobre 2021 sono stati adottati il capitolo 1 e il capitolo 2 dell'atto di programmazione nazionale "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023" e che il predetto capitolo 2, "Piano sociale nazionale 2021-2023", costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al F.N.P.S., individuando, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi e dei servizi necessari per la progressiva definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) da garantire su tutto il territorio nazionale.

Il suddetto Decreto Interministeriale ha ripartito alla Regione Piemonte le risorse del F.N.P.S., pari ad € 28.172.574,49 per ciascuna annualità del triennio 2021-2023, e ha previsto che l'erogazione della quota annuale di spettanza, da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sia condizionata dalla rendicontazione, effettuata dagli Ambiti territoriali nella specifica sezione della piattaforma ministeriale SIOSS, dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse ripartite nel secondo anno precedente e del 100% delle risorse assegnate nel terzo anno precedente.

In applicazione di tali disposti normativi, sono state adottate dalla Regione Piemonte le programmazioni annuali con le DGR n. 10-4658 del 18/2/2022 e n. 44-6390 del 28/12/2022 per le rispettive annualità 2021 e 2022, prevedendo la destinazione di risorse vincolate all'attuazione del LEPS secondo l'articolazione riportata nel paragrafo successivo riguardante l'ultima programmazione delle risorse FNPS 2023.

La programmazione dell'annualità 2023 è stata disposta con la DGR n. 26-8016 del 22/12/2023 che ha approvato l'allegato 1: "Programmazione delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali per l'annualità 2023 tra Macroattività destinando:

- il 50% delle risorse agli interventi per le persone di minore età, delle quali si riservano € 437.500,00 al finanziamento delle azioni volte all'implementazione delle Linee di indirizzo sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità (P.I.P.P.I.- Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione);
- nell'ambito del rimanente 50% delle risorse una quota di € 730.000,00 per la Supervisione del personale dei servizi sociali e altri € 730.000,00 per le Dimissioni protette, quali servizi LEPS previsti dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, la cui attuazione è definita nelle rispettive schede tecniche nn. 2.7.2 pag. 52 e 2.7.3. pag. 59 del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023

Con determinazione dirigenziale n. 995 del 28/12/2022 le risorse statali complessive di € 27.735.074,49 (al netto delle risorse riservate per il Programma P.I.P.P.I.) sono state ripartite e assegnate agli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali per l'annualità FNPS 2023.

La liquidazione delle suddette risorse è avvenuta ad agosto 2024, a seguito dell'esito positivo da parte del Ministero competente sulla rendicontazione effettuata da parte degli Ambiti territoriali, a cui gli Enti Gestori afferiscono, nelle rispettive sezioni del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali SIOSS, sull'utilizzo di almeno il 75% della quota assegnata F.N.P.S 2021 e del 100% della quota F.N.P.S 2020.

REPORT RENDICONTAZIONE ANNUALE ENTI GESTORI E ASSEGNAZIONE RISORSE

Principali report inerenti la rendicontazione annuale della spesa degli Enti gestori e assegnazioni risorse regionali e statali. Le tabelle sotto riportate sono estratte dalla pubblicazione annuale "I servizi sociali territoriali in cifre", di cui alla rilevazione regionale dei dati 2022, realizzata nel 2023, secondo gli schemi adottati con deliberazione della Giunta regionale n. 2-3117 del 23/4/2021, a cura del gruppo di lavoro del settore A2204A

Tab. 2.1 - Entrate correnti degli Enti Gestori nel periodo 2020 – 2022: Sintesi regionale			
	2020	2021	2022
CONTRIBUTI E TRASFERIMENTI CORRENTI DALLA REGIONE	185.790.000	149.303.000	196.446.000
ENTRATE DA ASL	56.189.000	48.255.000	47.418.000
ENTRATE DAI COMUNI	106.235.000	114.609.000	115.768.000
FINANZIAMENTO DIRETTO	94.439.000	120.580.000	122.990.000
ENTRATE DA ALTRI ENTI PUBBLICI	70.018.000	77.306.000	93.172.000
ALTRE ENTRATE	28.226.000	27.511.000	29.182.000
TOTALE ENTRATE CORRENTI	540.897.000	537.564.000	604.976.000
TOTALE SPESE CORRENTI	510.003.000	541.990.000	563.056.000
Il saldo negativo tra spese ed entrate correnti viene compensato dagli avanzi pregressi e/o dal fondo pluriennale vincolato			

Tab. 2.2 - Entrate correnti degli Enti Gestori anno 2022: sintesi regionale

	Percentuale di finanziamento sul totale
CONTRIBUTI E TRASFERIMENTI CORRENTI DALLA REGIONE	32,47
ENTRATE DA ASL	7,84
CONTRIBUTI E TRASFERIMENTI DAI COMUNI ALL'ENTE GESTORE	19,14
FINANZIAMENTO DIRETTO	20,33
ENTRATE DA ALTRI ENTI PUBBLICI	15,40
ALTRE ENTRATE	4,82
TOTALE ENTRATE CORRENTI	100,00

Tab. 2.6 - Spese correnti degli Enti Gestori anno 2022: sintesi regionale

	Importo	Percentuale di Spesa sul totale
FUNZIONI GENERALI AMMINISTRAZIONE GESTIONE E CONTROLLO	30.290.000	5,38
FUNZIONI DI ISTRUZIONE PUBBLICA E FORMAZIONE PROFESSIONALE	2.049.000	0,36
STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER MINORI	508.000	0,09
STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER SOGGETTI DISABILI ED ADULTI	28.529.000	5,07
STRUTTURE RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI E DI RICOVERO PER ANZIANI	17.528.000	3,11
ATTIVITÀ TERRITORIALI	484.152.000	85,99
TOTALE SPESE CORRENTI	563.056.000	100,00

Tab. 2.8 - Spese correnti anno 2022 relative a strutture e attività territoriali suddivise per macroaggregati : sintesi regionale

	2022
REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE (COMPENSIVI ONERI SOCIALI, IRAP, INAIL)	106.657.000
ALTRE IMPOSTE E TASSE A CARICO DELL'ENTE	4.307.000
ACQUISTO DI BENI E SERVIZI TIPOLOGIA "A" (INTEGRAZIONI RETTE DI PROPRI UTENTI IN STRUTTURE ESTERNE, SERVIZI CHE RIGUARDANO ATTIVITÀ DI COOPERATIVE ATTRAVERSO SPESA DI PERSONALE ESTERNALIZZATO)	280.859.000
ACQUISTO DI BENI E SERVIZI TIPOLOGIA "B" (SPESE FISSE DI GESTIONE, AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PROFESSIONALE DEL PERSONALE, UTENZE RIFERITE A PERSONALE DIPENDENTE, MANUTENZIONE E CARBURANTE AUTO, PULIZIE, RISCALDAMENTO)	19.753.000
TRASFERIMENTI CORRENTI (ASSISTENZA ECONOMICA, AFFIDI MINORI/ACCOGLIENZA ADULTI ANZIANI ECC.)	115.394.000
INTERESSI PASSIVI	1.090.000
ALTRE SPESE CORRENTI (RIMBORSI E POSTE CORRETTIVE DELLE ENTRATE, PREMI ASSICURATIVI)	2.657.000
TOTALE SPESE CORRENTI RELATIVE A STRUTTURE E ATTIVITA' TERRITORIALI	530.717.000

LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI - LEPS

La materia dei LEPS risulta connessa con l'architettura che regge l'attuale sistema delle politiche sociali e l'attività di monitoraggio e rendicontazione, sulle risorse ripartite, è finalizzata da parte del Ministero competente, a valutare l'efficacia delle misure attuative dei LEPS da parte degli Ambiti territoriali sociali (ATS) e la congruenza delle risorse assegnate.

In particolare, è nell'ATS che il legislatore ha individuato la dimensione territoriale e organizzativa necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS (legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, commi 159-171).

Nell'ambito della programmazione sociale nazionale e, in particolare, del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, elaborato in seno alla Rete della protezione e dell'inclusione sociale nel luglio 2021 ed approvato con il decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto col Ministro dell'Economia e delle Finanze in data 22 ottobre 2021, è stato individuato come prioritario, in sede di prima applicazione e in chiave programmatica, un primo gruppo di LEPS, ossia una serie di servizi e prestazioni da riconoscere su tutto il territorio nazionale, già indicati in normativa o in vista di un loro formale riconoscimento, con le relative modalità di finanziamento ai fini di assicurarne l'effettivo conseguimento.

Trattasi dei seguenti:

- pronto intervento sociale
- supervisione del personale dei servizi sociali
- servizi sociali per le dimissioni protette
- prevenzione dell'allontanamento familiare
- servizi per la residenza fittizia
- progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente

Tali LEPS sono stati espressamente richiamati dall'articolo 1, comma 170 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e ss. mm. ii, la quale, tra l'altro, si è incaricata, al comma 159, di esplicitare che cosa debba intendersi per LEPS, precisando appunto che "i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità".

Nella medesima norma, all'articolo 1, comma 171, sono state indicate anche le fonti di finanziamento dei LEPS di cui ai commi 169 e 170, espressamente individuate nelle risorse nazionali già destinate dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e nelle risorse dei Fondi Europei e del PNRR destinate a tali scopi.

Oltre al suddetto gruppo LEPS individuato dal Piano sociale nazionale 2021-2023, va altresì menzionato che la legge 178/2020 (Legge di bilancio per il 2021), all'articolo 1, comma 797-804, ha disposto il potenziamento del sistema dei servizi sociali comunali attraverso l'erogazione di un contributo economico riconosciuto agli Ambiti sociali territoriali (ATS) in ragione del numero di assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente.

L'obiettivo è il raggiungimento di un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e di un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti.

Il contributo è così determinato:

- 40.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto a tempo indeterminato dall'Ambito, ovvero dai Comuni che ne fanno parte, in termini di equivalente a tempo pieno, in numero eccedente il rapporto di 1 a 6.500 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 5.000
- 20.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto in numero eccedente il rapporto di 1 a 5.000 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 4.000.

Per definire il contributo spettante a ciascun Comune/Ambito, il comma 798 della legge di Bilancio sopra citata, stabilisce che ciascun Ambito territoriale, entro il 28 febbraio di ogni anno, dovrà inviare anche per conto dei Comuni appartenenti allo stesso, un prospetto riassuntivo al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

MONITORAGGIO DEI LEPS

Il monitoraggio del livello di implementazione dei LEPS, indicati in grassetto nel paragrafo precedente e per i quali sono state erogate le risorse relative al FNPS ed FNA, si svolge sui moduli specifici della piattaforma SIOSS ministeriale, nelle cui schede è stato previsto l'inserimento da parte delle Regioni della quota da destinarsi ai LEPS di supervisione del personale dei servizi sociali, per le dimissioni protette, prevenzione dell'allontanamento familiare e progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente attribuita ad ogni ATS.

La valorizzazione di questi campi permette agli ATS in fase di rendicontazione dell'annualità di riferimento, di visualizzare le risorse assegnate per singolo LEPS e di inserire la quota di spesa sostenuta per ognuno di essi (di cui per) all'interno delle singole Aree per singolo intervento ove previsto.

All'interno della scheda "Monitoraggio dei flussi finanziari" nella Quota riservata alla Regione è stata introdotta la voce "Restituzioni somme non spese" dove potrà essere inserito l'importo derivante da risorse per il quale sia stata avviata la procedura di richiesta di restituzione dalla Regione agli ATS, da allegare nell'apposita sezione "File Allegati" a cui dovrà seguire il successivo versamento nel capitolo d'entrata del Ministero.

Il Ministero competente allo stato attuale dispone di una serie di informazioni utili per l'analisi e il monitoraggio dell'attuazione dei LEPS, sia dalla piattaforma SIOSS, che da altre fonti dati, che saranno integrate da ulteriori indicatori e fonti con il fine di rendere più completo il monitoraggio.

L'ufficio regionale, che fornisce supporto e coordinamento agli ATS per il conferimento dei dati su piattaforma SIOSS (Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali), ha dal 2022 avviato una fase di monitoraggio sullo stato di attuazione delle programmazioni regionali e conseguentemente dello stato di attuazione di alcuni LEPS nei territori.

Si riportano le prime indicazioni di dettaglio riguardo ad alcuni LEPS trattati nel paragrafo precedente, i cui dati sono stati estratti direttamente dalla piattaforma SIOSS, a valere sulle risorse del FNPS 2021:

SUPERVISIONE 2021	DIMISSIONI PROTETTE 2021
Stato rendicontazione complessivo su 32 ATS	Stato rendicontazione complessivo su 32 ATS (nel 2021 gli ATS era n. 32)
4 assente 14 parziale 14 completo	3 assente 3 parziale 26 completo

Per il LEPS “rafforzamento servizi sociali”, di cui alla legge di bilancio per il 2021 (L. 178/2020), che ha previsto il riconoscimento di un contributo a favore degli ATS in re-lazione agli assistenti sociali assunti a tempo indeterminato dagli stessi ATS o dai co-muni associati, a valere sulle risorse del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, si riportano le informazioni sullo stato di attuazione, estratte dal modulo per la rendicontazione presente sul SIOSS.

Stato del monitoraggio ANNO 2021	Stato del monitoraggio ANNO 2022	Stato del monitoraggio ANNO 2023	Stato del monitoraggio (su risorse prenotate) ANNO 2024
9 ATS > 6500 ab (1 Ass. Soc. ogni 6.500 ab)	3 ATS > 6500 ab (1 Ass. Soc. ogni 6.500 ab)	3 ATS > 6500 ab (1 Ass. Soc. ogni 6.500 ab)	1 ATS > 6500 ab (1 Ass. Soc. ogni 6.500 ab)
15 ATS compreso tra 6.500 e 5.000 ab	12 ATS compreso tra 6.500 e 5.000 ab	9 ATS compreso tra 6.500 e 5.000 ab	7 ATS compreso tra 6.500 e 5.000 ab
8 ATS < 5.000 ab	17ATS < 5.000 ab	28 ATS < 5.000 ab	32 ATS < 5.000 ab

Come si può osservare dalla tabella soprastante il contributo erogato agli ATS a partire dal 2021, ha permesso un progressivo e costante rafforzamento del Servizio Sociale nella nostra Regione.

Se i dati del monitoraggio 2024 verranno confermati il LEPS sarà stato raggiunto dall'80% degli ATS attualmente attivi in Piemonte, confermando il trend di miglioramento.

Del restante 20% solo all'ATS Carmagnola non verrà riconosciuto alcun contributo, in quanto ancora sotto il limite di un Assistente Sociale ogni 6500 abitanti. Ciò è dipeso dall'impossibilità, per l'Ambito, di assumere Assistenti Sociali, per lo sviluppo e potenziamento dei Servizi Sociali di cui all'art. 1 commi 792 e 797 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, in deroga ai vincoli di contenimento della spesa del personale, fermo il rispetto degli obiettivi del pareggio di bilancio, come previsto dall'art.1 comma 801 legge n. 178/2020, per le amministrazioni comunali. Questo stallo dovrebbe essere risolto nel prossimo futuro in quanto l'art. 1 della legge n. 104 del 4 luglio 2024 “Disposizioni in materia di politiche sociali e di enti del Terzo settore” ha esteso tale possibilità anche alle forme associative comunali, definite ai sensi dei capi IV e V del titolo II, parte I del TUEL d.lgs. n. 267/2000.”

AGGIORNAMENTO LEPS SECONDO PIANO NAZIONALE SOCIALE 2024-2026

Di seguito si fornisce il quadro attuale dei LEPS così come identificato dal precedente Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, approvato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale il 28 luglio 2021 e allegato al D.l. del 30 dicembre 2021, e dai successivi interventi normativi ivi indicati, la cui tabella riepilogativa è stata estratta dal secondo capitolo, par. 1.1 del nuovo piano nazionale sociale 2024-2026, in fase di approvazione.

LEPS	Norma di riferimento	Atto di programmazione di riferimento	Fonti di finanziamento*
Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)	Dpcm 5 dicembre 2013, n. 159		
Servizio sociale professionale	Legge di bilancio 178/2020, art. 1, commi 797 -802	Piano nazionale interventi e servizi sociali	Fondo povertà, FNPS
Pronto intervento sociale	Legge 234/2021, art. 1, comma 170	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo povertà, FNPS, PN inclusione,
Percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa e sostegni in esso previsti	D.L. 48/2023, art. 6, comma 8	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo povertà, FNPS, PN INCLUSIONE; Piano operativo complementare (POC)
Supervisione del personale dei servizi sociali	Legge 234/2021, comma 170	Piano nazionale interventi e servizi sociali	PNRR, FNPS
Servizi sociali per le dimissioni protette	Legge 234/2021, comma 170	Piano sociale nazionale e Piano per le non autosufficienze	PNRR, FNPS, FNA
Prevenzione dell'allontanamento familiare	Legge 234/2021, comma 170	Piano nazionale interventi e servizi sociali	PNRR, FNPS, PN Inclusione
Servizi per la residenza fittizia	La definizione di livello essenziale è riportata nelle schede allegate al piano lotta alla povertà che cita come norma di riferimento la Legge n. 1228/1954 art. 2 e il Dpr 223/1989	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo povertà; PNRR, PN Inclusione

Offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle Regioni e province autonome	D.Lgs. 147/2017 art. 23 comma 54	Piano sociale nazionale punto 1.6 "la governance di sistema e il ruolo degli Ambiti	FNPS
Incremento Sad	Legge 234/2021, comma 162 lett. a)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA
Servizi di sollievo alle famiglie	Legge 234/2021, comma 162 lett. b)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA
Servizi di sostegno	Legge 234/2021, comma 162 lett. c)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) e citato nel Piano nazionale interventi e servizi sociali come "servizi per la non autosufficienza"	FNA-FNPS
Pua integrati e Uvm: incremento operatori sociali	Legge 234/2021, comma 163 (potenziamento risorse professionali)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA
Integrazione dell'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162	L. 234/2021 Comma 164	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA

SPAZIO DI LAVORO E PROPOSTE

Emerge la necessità di un impegno concreto e coordinato per affrontare le sfide attuali e promuovere un reale miglioramento delle condizioni sociali delle persone più fragili ed a rischio povertà. In raccordo con quanto definito dal nuovo Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali 2024-2026 (in fase di approvazione), la strategia rilevante risulta l'integrazione tra programmazioni settoriali che concorrono al contrasto delle condizioni di fragilità e di rischio di esclusione, in modo tale da valorizzare la dimensione "sociale" delle politiche sanitarie, urbanistiche, abitative, dei servizi per l'infanzia, per gli anziani, per i soggetti più vulnerabili. La Regione Piemonte si pone pertanto i seguenti obiettivi e proposte nell'ambito del modello di governance del welfare territoriale:

1. Rafforzare l'infrastruttura dei servizi sociali attraverso un lavoro di accompagnamento degli Enti gestori, afferenti agli ATS (Ambiti territoriali sociali), verso il raggiungimento della coincidenza territoriale, ove possibile, tra Ente gestore e ATS, in riferimento a quanto previsto dalle "Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni" (Decreto ministeriale in fase di approvazione) che definiscono alcuni dei principi relativi all'organizzazione dei servizi, in attuazione della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, comma 160, che individua negli ATS la dimensione organizzativa necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS. Per assicurare le funzioni attuative dei LEPS attribuite agli ATS sono necessarie competenze sociali professionali e, allo stesso tempo, competenze gestionali di tipo amministrativo contabile al fine di sostenere sia la capacità di risposta professionale sia la capacità di azione degli ATS
2. individuare strumenti di rafforzamento della gestione associata nella programmazione e nella gestione degli interventi a livello di ATS, anche mediante la previsione di meccanismi premiali nella distribuzione delle risorse.
3. proposte di semplificazione per la programmazione e gestione degli interventi in considerazione dei dati di monitoraggio dell'infrastruttura organizzativa e professionale degli ATS, attraverso le rilevazioni annuali del Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS) per la Banca dati dei servizi attivati e la Banca dati delle professioni e degli operatori sociali, nonché della tenuta del Registro degli ATS, consentono di fornire una lettura completa dell'offerta del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali, delle professionalità coinvolte e dell'organizzazione degli ATS e di altri elementi utili per una valutazione delle politiche in atto
4. Avviare il confronto con gli ambiti territoriali sociali riguardante l'Ente di gestione delle risorse sociali della Regione Piemonte, di prossima costituzione.

DISABILITÀ NEL PIANO SOCIOSANITARIO

16.0

A seguito del D.Lgs. n. 62 del 3 maggio 2024 - “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato” le politiche per le persone con disabilità sono poste al centro delle attività delle Aziende Sanitarie Locali e degli Ambiti Territoriali Sociali in particolare per la costruzione del progetto di vita all'interno delle Unità di Valutazione Multidisciplinare.

Per questa ragione, come base di partenza per un'analisi dei bisogni delle persone con disabilità nella nostra Regione, proponiamo di seguito l'ultima rilevazione disponibile (dicembre 2024) contenente il monitoraggio sull'accesso ai servizi per le persone con disabilità, elaborata dagli uffici del Settore Programmazione della Direzione Welfare e inviata periodicamente al Consiglio Regionale.

MONITORAGGIO SULL' ACCESSO AI SERVIZI PER LE PERSONE DISABILI - QUARTO TRIMESTRE ANNO 2024 (1/10-31/12)													
Dati riassuntivi delle ASL													
ASL	TO città	TO3	TO4	TO5	VC	BI	NO	VCO	CN1	CN 2	AT	AL	REGIONE
	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali	Servizi residenziali
Numero persone valutate e in attesa di presa in carico alla data di fine rilevazione	14	16	2	0	8	11	0	0	19	0	4	46	120
Numero di persone ospiti in strutture accreditate/in carico alla data di fine rilevazione	1.561	634	439	365	155	166	400	147	310	166	177	568	5.088
IL VALORE NUMERICO, INDICATO SOPRA, COMPRENDE LE SEGUENTI INTENSITA' DELLA RESIDENZIALITA': ALTA INTENSITA', MEDIA INTENSITA' E BASSA INTENSITA'													
	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.	Servizi semiresid.
Numero persone valutate e in attesa di presa in carico alla data di fine rilevazione	4	40	81	2	2	5	0	1	44	0	8	18	205
Numero di persone ospiti in strutture accreditate/in carico alla data di fine rilevazione	926	707	727	316	145	89	311	135	432	171	177	370	4.506
	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari	Servizi domiciliari
Numero persone valutate e in attesa di presa in carico alla data di fine rilevazione	24	31	95	25	78	34	0	9	162	22	48	104	632
Numero di persone ospiti in strutture accreditate/in carico alla data di fine rilevazione	1.346	377	490	338	214	346	299	242	490	175	109	189	4.615
	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale	Servizi di Educativa Territoriale
Numero persone valutate e in attesa di presa in carico alla data di fine rilevazione	1	79	31	0	7	10	0	10	33	13	17	46	247
Numero di persone ospiti in strutture accreditate/in carico alla data di fine rilevazione	218	1.012	361	577	293	330	61	272	594	259	181	327	4.485

I servizi monitorati riguardano la residenzialità, la semi-residenzialità, la domiciliarità e l'educativa territoriale. Si tratta al momento dei quattro servizi cardine nel panorama delle prestazioni sociosanitarie presenti nella nostra regione, che vede i servizi sociali e le AASSLL come i principali soggetti pubblici protagonisti in questo settore.

Proprio il Decreto 62/24 prevede la possibilità per ogni persona con disabilità di costruire un proprio progetto di vita che possa assecondare i propri desideri, ambizioni e soddisfare i propri bisogni, come sancito dalla Convenzione ONU del 2006, evidenziando l'importanza di considerare la disabilità come il risultato dell'interazione tra la persona e il suo ambiente, piuttosto che come una caratteristica intrinseca dell'individuo. Questo approccio non potrà che modificare la conformazione dei servizi e delle prestazioni sul territorio, scardinando probabilmente l'impostazione attuale degli stessi servizi così come presenti e monitorati proprio nella tabella precedente.

È importante tuttavia, a tutela delle stesse persone con disabilità e delle loro famiglie, sottolineare come la trasformazione dei servizi sia un cambiamento che richiede di essere gestito, presidiato e accompagnato, anche in funzione dell'assenza di nuove risorse economiche di provenienza pubblica stanziate a livello statale a sostegno di questa trasformazione.

SPAZIO DI LAVORO E PROPOSTE

Dal canto suo la Regione Piemonte si pone come obiettivi, nell'ottica di ammodernare gli strumenti a disposizione, sull'aggiornamento del fabbisogno regionale e sull'adeguamento delle normative regionali delle strutture residenziali e diurne per persone con disabilità, le seguenti azioni:

- determinazione e aggiornamento del fabbisogno regionale delle strutture residenziali e diurne per persone con disabilità ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.
- progetto di revisione della normativa regionale relativa all'area disabilità e in particolare della DGR 230-23699 del 22 dicembre 1997 con la quale è stato definito il modello integrato di assistenza residenziale e semi-residenziale socio-sanitaria in favore delle persone con disabilità.

Inoltre, in applicazione del Decreto n. 62 del 3 maggio 2024, la cosiddetta "riforma della disabilità", la Regione Piemonte ha avviato la sperimentazione piemontese e si prepara a regolamentare attraverso propri provvedimenti quanto necessario per dare attuazione al nuovo impianto del sistema di valutazione di base e valutazione multidimensionale per l'elaborazione dei progetti di vita delle persone con disabilità, nello specifico:

- programmando e stabilendo le modalità di riordino ed eventuale riunificazione delle unità di valutazione presenti sul territorio, per garantire l'unitarietà della presa in carico e degli interventi di sostegno
- disciplinando i profili soggettivi per l'individuazione del referente per l'attuazione del progetto di vita e i suoi relativi compiti
- co-programmando gli strumenti correttivi di integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito dei loro modelli organizzativi con gli enti del terzo settore, sulla base della rilevazione dei fabbisogni emersi dalle valutazioni multidimensionali.

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

17.0

L'area di intervento dedicata alle persone anziane non autosufficienti è stata investita dalle novità introdotte dal Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29, "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane". La riforma è ancora in piena definizione in quanto il Decreto legislativo prevede l'emanazione di una serie di decreti attuativi che con buona approssimazione dovranno vedere la luce durante l'anno corrente.

Ai fini del Piano socio Sanitario è bene ricordare alcuni punti essenziali della riforma:

- promozione della dignità e dell'autonomia, dell'inclusione sociale, dell'invecchiamento attivo e della prevenzione della fragilità della popolazione anziani
- riordino, semplificazione, coordinamento e miglioramento dell'efficacia delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, (e questo sarà l'oggetto principale dei decreti attuativi)
- valutazione multidimensionale unificata, integrata anche con la valutazione e le prestazioni erogate dall'INPS;
- modifica del "range" demografico destinatario degli interventi socio-sanitari, da ultrasessantacinquenni a ultrasettantenni
- strutturazione dell'accesso al servizio attraverso il percorso dettato dai seguenti passaggi: Certificato medico introduttivo, accesso al Punto Unico di Accesso (PUA) collocato di norma nella Casa di Comunità, Valutazione Unificata, predisposizione del Progetti di assistenza individuale integrata (PAI), erogazione delle prestazioni
- integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali per garantire la realizzazione integrata dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPS) e dei Livelli Essenziali Assistenziali (LEA).

Gli ATS servono oggi quasi 11.000 persone anziane, rappresentate dalla tabella sottoriportata a cui si aggiungono circa 400 persone affette da SLA beneficiarie di interventi delle ASL finanziate con risorse FNA

	Anziani con Alto bisogno assistenziale			Anziani con Basso bisogno assistenziale			TOTALI		
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
65-74 anni	258	300	558	603	830	1.433	882	1.121	2.003
75 anni e oltre	816	2.324	3.140	1.640	3.807	5.447	2.432	6.050	8.482
Totale	1.074	2.624	3.698	2.243	4.637	6.880	3.314	7.171	10.485

La tabella riporta i dati presenti nella piattaforma ministeriale SIOSS che gestisce la programmazione e rendicontazione delle risorse del FNA. I dati si riferiscono all'annualità 2021 (ultima rendicontazione conclusa sulla piattaforma).

Collateralmente appare comunque molto significativa l'incidenza delle liste di attesa sia per le prestazioni residenziali sia per le prestazioni domiciliari illustrate nella tabella successiva.

RENDICONTAZIONE DEGLI UTENTI IN LISTA ATTESA PER PROGETTI RESIDENZIALI DEFINITIVI, TEMPORANEI DIVISI PER PRIORITÀ E PROGETTI PER DOMICILIARITÀ															
Dati aggiornati al 07/02/2025															
	ASL→		ASL CdT	ASL TO3	ASL TO4	ASL TO5	ASL VC	ASL BI	ASL NO	ASL VCO	ASL CN1	ASL CN2	ASL AT	ASL AL	TOTALI REGIONE PIEMONTE
DATA ESTRAZIONE	CODICE ASL→		301	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	
07/02/2025	RESIDENZIALE	URGENTE	399	276	125	58	42	23	23	104	15	16	17	27	1125
		NON URGENTE	1326	442	327	49	69	134	271	281	235	0	116	0	3250
		DIFFERIBILE	104	613	485	337	303	233	4	13	526	404	341	854	4217
	RESIDENZIALE TEMPORANEO	URGENTE	0	3	38	6	3	2	3	0	3	58	1	1	118
		NON URGENTE	1	2	36	0	1	1	20	0	2	1	0	0	64
		DIFFERIBILE	5	13	181	145	6	0	29	0	4	172	10	8	573
	TOTALE RESIDENZIALITÀ		1835	1349	1192	595	424	393	350	398	785	651	485	890	9347
	PROGETTI PER DOMICILIARITÀ		6020	1896	2228	910	327	391	617	0	608	398	468	666	14529
	TOTALE PERSONE IN LISTA			7855	3245	3420	1505	751	784	967	398	1393	1049	953	1556

SPAZIO DI LAVORO E PROPOSTE

Il successo della riforma, anche per il territorio piemontese, è condizionato dalla capacità degli attori istituzionali della Sanità e del Welfare di far scattare quel processo di vera integrazione sociosanitaria oggi ancora carente in molte sue parti.

Tra le molte proposte è importante, in area sociosanitario:

- avviare pienamente l'attività dei PUA con le competenze e le modalità previste dalla riforma
- riorganizzare l'attività delle UVM al fine di rispondere ai nuovi compiti affidati dalla riforma
- superare la logica del semplice adempimento per perseguire una programmazione concordata tra ASL e ATS in grado di utilizzare in maniera efficace ed efficiente le risorse disponibili
- migliorare la trasparenza del percorso di presa in carico ed erogazione delle prestazioni al fine di migliorare il rapporto con i cittadini
- proposta di modifiche ai requisiti delle RSA previsti dalla DGR n. 45 - 4248 del 30/07/2012 e s.m.i.

Per la sua attuazione, se la riforma non prevede nuove risorse finanziarie, è pur vero che il Welfare godrà delle significative, seppur ancora da incrementare, risorse del FNA per rispondere ai programmi definiti dalla riforma, dalla Legge 234/2021, istitutiva dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPS) e, in particolare, dal PNNA 2025-2027 in fase di predisposizione a livello nazionale.

CAREGIVER FAMILIARI

18.0

Il ruolo del caregiver familiare in Italia è di fondamentale importanza sociale, ma spesso poco riconosciuto e non adeguatamente tutelato. Prevalentemente donne, questi individui forniscono assistenza non professionale e non retribuita a familiari non autosufficienti, affrontando un elevato carico fisico e mentale che può portare a fatica e isolamento sociale. La loro attività è cruciale per il sistema di welfare, consentendo il mantenimento a domicilio delle persone fragili e ritardando l'istituzionalizzazione, con notevoli benefici economici per la spesa pubblica.

A livello nazionale, il quadro normativo è stato storicamente insoddisfacente. La legge 1992 n. 104 ha introdotto alcune agevolazioni lavorative, come permessi retribuiti e il diritto di rifiutare trasferimenti. Tuttavia, ha offerto tutele insufficienti, considerando i caregiver solo come beneficiari "indiretti" delle protezioni destinate alle persone assistite. Un primo tentativo di riconoscimento più formale è arrivato con la legge di bilancio 2018 (legge 27 dicembre 2017, n. 205), che ha fornito la prima definizione nazionale di caregiver familiare "Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18" e istituito un Fondo dedicato. Ciononostante, tale definizione è stata criticata per la sua riduttività, escludendo alcune figure come affini oltre il secondo grado o coabitanti con relazioni affettive stabili. Inoltre, il sostegno economico è spesso un "bonus" erogato alla persona assistita, non al caregiver, e non copre le spese dirette, con criteri di assegnazione variabili a livello territoriale.

La più recente legge 23 marzo 2023, n. 33 (c.d. legge delega sulla non autosufficienza) e il suo attuativo d.lgs. 25 gennaio 2024, n. 29 (c.d. Decreto anziani) rappresentano un passo significativo. Questi interventi delegano al Governo la regolamentazione dei caregiver familiari con obiettivi di miglioramento delle condizioni di vita e riconoscimento del valore sociale ed economico dell'assistenza non professionale. Sebbene si preveda la definizione del ruolo e delle misure di sostegno all'interno di un "progetto individualizzato di assistenza integrata" (PAI), la partecipazione del caregiver alla sua elaborazione rimane meramente facoltativa, un punto critico data la loro profonda conoscenza dei bisogni dell'assistito. L'attuazione è però ancora dibattuta, e si è in attesa del nuovo Piano Nazionale per le non Autosufficienze 2025-2027, in particolare l'aspetto "rendicontativo" di un eventuale riconoscimento di un contributo economico.

La **Regione Piemonte ha deciso di intraprendere un PERCORSO AUTONOMO** che traduca in atti concreti la sua particolare sensibilità e il suo impegno nel superare l'impasse normativo e nell'ascolto delle istanze pervenute da un territorio che somma la presenza di persone con disabilità ad un andamento demografico sempre più orientato

all'invecchiamento attraverso un approccio proattivo che integra fondi nazionali e regionali per fornire risposte strutturate e omogenee.

Se la risposta di assistenza non vuole essere semplicisticamente l'istituzionalizzazione delle persone con fragilità, diventa **CENTRALE L'ASSISTENZA E IL RAFFORZAMENTO DEL CAREGIVER FAMILIARE quale figura cardine in grado di garantire il mantenimento a domicilio della persona**. La Giunta regionale, pertanto, con la deliberazione 23 giugno 2025, n. 9-1266, ha adottato criteri per l'utilizzo delle risorse statali del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità (pari a 2.373.000,00 euro per il Piemonte) ma, soprattutto, ha integrato il fondo ministeriale con proprie per 5 mln di euro aggiuntivi per l'ampliamento degli interventi nazionali.

L'obiettivo primario del Piemonte è garantire "risposte eque e omogenee sul territorio regionale", contrastando attivamente le "discriminazioni sul territorio" e la "disomogeneità dei servizi" evidenziate a livello nazionale a causa della limitatezza dei mezzi finanziari e della variabilità dei criteri di assegnazione.

Le misure piemontesi danno **priorità ai caregiver di persone con disabilità gravissima o con alto bisogno assistenziale, nonché a programmi di de-istituzionalizzazione e ricongiungimento con l'assistito**. Tra gli interventi finanziabili rientrano:

- l'assistenza diretta tramite contributi economici (assegni mensili, da inserire nel PAI)
- percorsi di sostegno psicologico individuale o di gruppo

Inoltre, la possibilità che i beneficiari dei contributi economici non debbano necessariamente risiedere allo stesso indirizzo della persona assistita (ma comunque entro 20 km nel territorio italiano) mostra un **approccio flessibile e attento alle esigenze reali delle famiglie**.

SPAZIO DI LAVORO E PROPOSTE

18.1

In collaborazione con gli Ambiti Territoriali Sociali, gli interventi a sostegno dei caregiver dovranno essere certamente implementati, così come dovrà essere approfondito il fenomeno caregiver in Piemonte.

Si dovrà inoltre valutare con attenzione le ricadute che le due riforme dell'area anziani (D.Lgs. 25 gennaio 2024, n. 29) e della riforma della disabilità (D. Lgs. 3 maggio 2024, n. 62) che, con l'introduzione dei LEPS sociosanitari, hanno ridisegnato questo spazio del welfare.

LOTTA ALLA POVERTÀ

19.0

SITUAZIONE ATTUALE

Migliaia di persone indigenti si rivolgono ogni anno alle realtà socio-assistenziali per un aiuto alla copertura delle spese sanitarie a cominciare dai farmaci. Tutto ciò è un chiaro sintomo dell'incapacità del SSN di coprire l'intera gamma delle cure necessarie.

Spesso le persone indigenti, essendo prive di qualsiasi rete di protezione sociale o di amicizia, ignorano i propri diritti sanitari e non hanno nessuno che li aiuti a districarsi tra gli strumenti di scelta (come internet) o tra la burocrazia. Ciò porta ad un aggravamento delle condizioni di salute di questi soggetti fragili.

Al reddito insufficiente è direttamente correlata la rinuncia a visite specialistiche necessarie, con effetti negativi sulle condizioni di salute individuali e collettive come, per esempio, la diffusione di malattie croniche, che compromettono l'autosufficienza e dilatano il bisogno di assistenza socio-sanitaria.

Una condizione di salute altamente problematica e precaria rende inoltre alquanto difficile lo svolgimento di un'attività lavorativa e il conseguente guadagno di un reddito soddisfacente con una frequente caduta o ricaduta nella spirale della povertà.

Le persone economicamente fragili hanno dunque bisogno di ricevere gratuitamente supporti integrativi (materiali e relazionali) che spesso solo le organizzazioni non profit sono in grado di offrire, con un evidente ruolo importante del Terzo Settore anche nell'ambito della sanità e della salute pubblica.

DATI

La povertà in Italia può ormai dirsi un fenomeno strutturale vasto che tocca quasi una persona su dieci. Il 9,4% della popolazione residente vive infatti, secondo l'Istat, in una condizione di povertà assoluta. Solo quindici anni fa il fenomeno riguardava appena il 3% della popolazione. Non sono trascurabili, in questo contesto di povertà, le criticità legate agli interventi all'ambito della salute.

Nel rapporto sulla sanità italiana del CREA (Centro per la ricerca economica applicata alla sanità) è l'impatto sui nuclei familiari il dato più preoccupante: 1 milione e 600mila famiglie si impoverisce a causa delle spese sanitarie o rinuncia



alle cure per motivi economici. L'incidenza del fenomeno cresce, anche nel Nord-Ovest: in Piemonte aumenta di due punti percentuali in un anno, ora il 6% delle famiglie non ce la fa a curarsi.

Le statistiche demografiche rivelano che i soggetti colpiti dalla povertà sanitaria sono prevalentemente adulti tra i 18 e i 64 anni (58%), con una rappresentanza significativa di minori (102.000, 22%) e anziani (19%). Inoltre, il bilancio è quasi equo tra cittadini italiani (49%) e stranieri (51%), suggerendo che la povertà sanitaria colpisce in modo trasversale diverse categorie socioeconomiche.

Nel contesto della spesa farmaceutica, emerge un dato inquietante: la spesa complessiva delle famiglie ha raggiunto 23,64 miliardi di euro nel 2023, con un incremento del 3% rispetto all'anno precedente. Tuttavia, la quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si è ridotta, portando il carico finanziario delle famiglie al 45%. Questo aumento si traduce in un esborso di 731 milioni di euro in più rispetto all'anno scorso, rappresentando un incremento del 7,4% con un impatto che si può rivelare catastrofico per i soggetti più fragili e vulnerabili.

L'assessorato alle Politiche Sociali della Regione Piemonte, attraverso un'apposita convenzione firmata a novembre 2023, ha pertanto scelto di sostenere il Banco Farmaceutico Torino OdV per le attività di raccolta di prodotti sanitari e farmaceutici e la loro redistribuzione capillare alle strutture caritatevoli, solidaristiche e di prossimità per il triennio 2023-2025.

La convenzione prevede un contributo di 50mila euro all'anno per sostenere un lavoro costante che nel 2023 ha portato al recupero di decine di migliaia di confezioni ed un valore "generato" decisamente maggiore.

Nel 2023 i Farmaci donati, e quindi salvati dallo spreco, hanno raggiunto il valore di 2.998.295 €, conteggiando quelli raccolti durante la Giornata Regionale del Farmaco, le donazioni aziendali e il Recupero di farmaci validi non scaduti (Rfv).

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

Costruzione di un sistema di governance territoriale dei servizi socio-sanitari che agevoli la definizione di partenariati tra sistemi socio-sanitari territoriali e organizzazioni comunitarie e di prossimità attive nell'ambito della risposta alla povertà sanitaria .

Rafforzamento delle sanità territoriale e dei servizi di prossimità, con particolare attenzione alla messa in campo di azioni mirate e gratuite, attraverso percorsi assistenziali integrati, attività di informazione, orientamento, prestazioni specialistiche, servizi alla persona e attività di promozione sociale.

Adeguamento delle competenze del personale sanitario e socio-sanitario nei confronti della popolazione vulnerabile.

Copertura con risorse del capitolo extra Lea dei costi dei parafarmaci per soggetti fragili con malattie rare.

Estensione delle misure di sostegno al reddito (Reddito di inclusione, Progetto personalizzato di inclusione, Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile, Assegno di inclusione (ADI), Supporto per la formazione e il lavoro (SFL).

Rafforzamento delle collaborazioni tra il settore pubblico, il privato e il Terzo Settore: alleanze possono permettere di costruire reti di solidarietà e supporto, capaci di rispondere efficacemente alle esigenze di salute delle persone.

PROGETTO SPERIMENTALE MINORI AFFETTI DA PATOLOGIE ONCOLOGICHE

20.0

Si tratta del progetto sperimentale per gli anni 2024-2026 a favore delle famiglie residenti in Piemonte con un componente minore affetto da patologie onco-ematologiche in carico ai servizi piemontesi afferenti alla Rete Interregionale di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica Piemonte - Valle d'Aosta.

SITUAZIONE ATTUALE

Ogni anno in Piemonte, circa il 25% dei nuclei dei minori con nuova diagnosi onco-ematologica riscontrano problematiche particolari, che si possono di seguito riassumere:

- problemi abitativi: sfratti in corso, debiti sul pagamento delle utenze o condizioni non idonee degli ambienti, che, per dimensioni o caratteristiche, non consentono l'isolamento del paziente quando è presso il proprio domicilio
- disoccupazione o reddito non sufficiente a coprire tutte le spese nel periodo di cura del minore
- trasporti: la tematica dei trasporti è molto sentita, in particolare da alcune aree del territorio regionale dove vi è una minor presenza di associazioni che supportano questi percorsi, non solo nel periodo del ricovero, ma anche per i cd. Rientri periodici programmati e gli eventuali passaggi urgenti in ospedale
- spese ortodontiche: si tratta di costi elevati per le famiglie, in quanto gli interventi richiedono odontoiatri pediatrici, figure specifiche che abbiano competenze e formazione specifica anche per il trattamento delle problematiche connesse alla gestione di piccoli pazienti immunodepressi o in trattamento chemioterapico
- organizzazione familiare: tendenzialmente un genitore deve assistere il bambino ricoverato a tempo pieno e l'altro genitore continua a lavorare, ma purtroppo la situazione diventa problematica nel caso di disoccupazione di entrambi i genitori o nel caso in cui l'occupazione del genitore non preveda il diritto a permessi. Inoltre, molto spesso ci sono altri fratelli/sorelle di cui occuparsi, che, nel periodo della cura, non possono essere accolti con il resto della famiglia presso le strutture messe a disposizione dalle associazioni che collaborano con l'Ospedale.

DATI

Ogni anno si rilevano in Piemonte da 140 a 150 nuovi casi di diagnosi 0-18 anni di leucemia o tumore infantile: ogni 100 casi, circa 25 nuclei riscontrano problematiche particolari.

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

Con DGR n. 2-8383 del 4.4.2024 è stato promosso, sperimentalmente, per l'anno 2024-2025 un finanziamento per complessivi euro 300.000,00, a favore delle famiglie con un componente minore affetto da patologie oncoematologiche attraverso il riconoscimento di un sostegno economico per singolo nucleo familiare, quale bonus forfettario di 1.000,00 euro mensili o frazioni in caso di un periodo, comunque, non inferiore a 10 giorni, per esigenze di tipo abitativo, di trasporto, di organizzazione familiare ed a supporto ai bisogni educativi e psicologici dei minori facenti parte del nucleo familiare stesso.

Con successiva DD n., 108 del 27.1.2025 è stato individuato quale soggetto attuatore della sperimentazione, per competenza, l'Azienda sanitaria Zero, disponendo altresì la proroga a tutto il 2026 per la realizzazione dell'intervento.

INVECCHIAMENTO ATTIVO

21.0

SITUAZIONE ATTUALE

L' "invecchiamento attivo", definibile come "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano", costituisce un modo di invecchiare in salute e partecipazione, sfruttando le potenzialità della persona e tenendo conto dei suoi bisogni e desideri.

Originando da tale consapevolezza la Regione Piemonte, con la Legge regionale n. 17 del 9 aprile 2019 "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo" ha inteso promuovere la partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale delle persone anziane.

In particolare, l'art. 1, comma 2, lettera e) della citata L.R. prevede che la Regione promuova e sostenga politiche ed interventi a favore dell'invecchiamento attivo, coordinati ed integrati negli ambiti della salute, delle politiche sociali, del lavoro, della formazione professionale, della cultura e del turismo sociale, dello sport e del tempo libero, dell'impegno civile e del volontariato, valorizzando la partecipazione e il confronto con le forze sociali.

La medesima Legge regionale, all'articolo 14, ha, altresì, stabilito la necessità di adottare un Piano per l'Invecchiamento Attivo (P.I.A.) che si pone quale strumento unitario di raccolta ed individuazione di tutti gli interventi riguardante la salute, l'educazione, lo sviluppo culturale, la qualità della vita e la sicurezza sociale dei cittadini ultrasessantacinquenni. Gli obiettivi individuati dal P.I.A. vigente prevedono azioni volte a:

- intervenire nell'ambito della formazione permanente agli anziani
- attivare e sostenere percorsi di salute attraverso l'educazione e la diffusione di stili di vita sani, della corretta alimentazione e dell'attività motoria e fisica nonché di screening sanitari dedicati
- promuovere e stimolare la partecipazione, l'impegno civico ed un ruolo attivo delle persone anziane
- favorire la vita indipendente e la sicurezza attraverso:
 - efficace comunicazione relativa ai servizi di prossimità, sugli interventi e sulle reti sociali presenti sul territorio e la pubblicizzazione di programmi informativi ed educativi, in coordinamento con i nuclei specialistici delle forze dell'ordine e delle polizie locali

- interventi di welfare abitativo rivolti alle persone anziane finalizzati a favorire forme di coabitazione e "convivenze solidali"
- garantire la possibilità di viaggiare in modo autonomo e con servizi accessibili ed adeguati
- favorire l'accesso e la fruizione culturale
- sostenere e promuovere il permanere a domicilio della persona anziana ed il lavoro di cura dei familiari

A partire dal 2022 Comuni, Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, enti del Terzo settore, Associazioni Combattentistiche e d'Arma ed enti associativi diversi operanti in Piemonte hanno potuto presentare domanda ai Bandi annuali "Invecchiamento Attivo" per l'assegnazione di contributi per la realizzazione di interventi ed iniziative connessi all'attuazione del P.I.A.. Il totale delle risorse messe a bando ammonta attualmente a oltre 3 milioni di euro.

DATI

I dati IRES evidenziano, nei prossimi anni, un progressivo invecchiamento della popolazione piemontese con una crescita di incidenza delle classi di età 65-74 anni e +75 a fronte di un decremento delle classi più giovani, comportando una complessiva perdita di popolazione residente.

	2018	2023	2028	2033	2038	2018/ 2038	%
0-19	742.584	724.839	708.788	697.866	702.221	-40.363	-5,4
20-44	1.212.530	1.176.497	1.197.087	1.224.334	1.233.623	21.093	1,7
45-64	1.314.697	1.314.765	1.251.913	1.155.224	1.079.351	-235.346	-17,9
65-74	521.904	525.001	536.342	586.403	610.366	88.462	16,9
75+	584.150	593.999	610.749	622.641	653.373	69.223	11,9
Totale	4.375.865	4.335.101	4.304.879	4.286.468	4.278.933	-96.932	-2,2

Le persone con più di 64 anni potrebbero aumentare di quasi 158mila unità entro il 2038, raggiungendo quota 1.264mila, pari al 29,5% sul totale della popolazione. Il processo di invecchiamento della popolazione vedrà gli anziani più giovani aumentare di più degli anziani-anziani, portando con sé istanze e domande di servizi adeguati.

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

21.1

Le proposte di intervento in questo quadro riguardano:

- la capacità di dare sistematicità e continuità agli interventi diffusi che perseguono gli obiettivi richiamati nel Piano per l'Invecchiamento attivo
- la necessità di potenziare "interventi – faro" di rilievo regionale, quali il potenziamento delle "palestre di salute" (L.R. 22/2022)
- la costruzione di una "governance" del Piano articolata sui livelli provinciali e di distretto, implementando la rete di stakeholder a livello regionale
- l'interrelazione da costruire in concreto con il Piano della Prevenzione.

NATALITÀ

22.0

SITUAZIONE ATTUALE

La situazione demografica di un territorio rappresenta, rispetto al benessere dei minori, una determinante del loro benessere, poiché l'equilibrio generazionale impatta sulla condizione sociale del territorio, sulle priorità di investimento delle risorse pubbliche e sull'attenzione collettiva verso le tematiche giovanili e dell'infanzia. Secondo l'Indice del benessere dei bambini 2023, elaborato dall'Istituto degli Innocenti, il dominio relativo all'equilibrio generazionale pone il Piemonte all'undicesima posizione tra le regioni italiane.

Più in generale, si assiste ad una crisi demografica strutturale, con anticipato declino rispetto alla popolazione europea ed accentuati squilibri interni/natalità al minimo storico: intensità direzione opposta giovani (-) e anziani (+) con saldo di popolazione negativo rilevante. Rispetto resto Europa in Italia si registrano meno figli (1,24), con età tardiva per il primo figlio (31,6).

La scelta del primo figlio e ancor più del secondo figlio se non viene riconosciuto e promosso come un valore collettivo, rimane un desiderio individuale per sua natura "debole" rispetto al contesto di vita.

La situazione determina una prolungata permanenza dei giovani nella condizione di figli (a carico dei genitori) per difficoltà di ingresso stabile nel mondo del lavoro (e accesso abitazione) con preoccupanti deriva nella condizione di neet e con conseguente posizione precaria nel mondo del lavoro per i giovani. L'Italia si colloca tra i Paesi con il tasso di occupazione femminile più basso dell'Unione Europea (UE), pari al 55%.

Dopo il primo figlio: complicazioni organizzative familiari, che segnalano in particolare difficoltà di conciliazione tra lavoro e famiglia; tutto questo scoraggia decisamente a scelta del secondo figlio, specie in assenza di adeguati strumenti di conciliazione: chi ha figli più difficilmente lavora e chi lavora più difficilmente ha figli.

Le maggiori difficoltà a conciliare lavoro con la cura dei figli, e la presenza di deboli e frammentate misure di sostegno economico alle famiglie con bambini, evidentemente espongono maggiormente a rischio povertà le famiglie con figli (che riducono il numero di figli) rispetto a quelle senza figli che rinviando la scelta procreativa, rispetto a quelle over 65.

Nel 2022 in Regione Piemonte, in applicazione della Legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza) è stato istituito il Fondo Vita Nascente, legge regionale 6 del 2022, che all'articolo 19 prevede l'erogazione di contributi a terzi finalizzati alla promozione e realizzazione di progetti mirati al superamento delle cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. Lo stanziamento iniziale di 500mila euro e di 1 milione per ogni annualità successiva sostiene concretamente le donne in difficoltà che stanno per diventare mamme o lo sono appena diventate.

Con Vita nascente le donne possono ricevere ascolto, consulenza, supporto, sostegno economico e beni di prima necessità rivolgendosi agli enti pubblici e privati vincitori del Bando regionale e accreditati presso i registri Asl, che si occupano di tutela della madre e del bambino e hanno sede nel territorio della propria Asl di riferimento.

A seconda delle sue esigenze, vengono fornite risposte qualificate e specifiche, come: ascolto e consulenza, attraverso la presenza a sportello programmato presso i presidi sanitari; supporto alle donne in attesa per accompagnarle in una scelta consapevole; sostegno economico (compresi contributi per le spese di locazione e per il pagamento utenze) e gli aiuti materiali/fornitura beni di prima necessità (abbigliamento, alimenti, farmaci, pannolini, carrozzine, lettini, ecc.); sostegno psicologico in forma di percorsi individuali o di gruppo, attraverso figure professionali formate e accompagnamento ai gruppi di auto-mutuo aiuto tra gestanti e neomamme, destinati a rafforzare le risorse individuali, le reti parentali e amicali di supporto.

DATI

Fonti:

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing&action=statexp-seat&lang=it#:~:text=La%20popolazione%20dell'UE%20al,63%2C8%25%20della%20popolazione

<https://www.istat.it/it/files/2023/04/indicatori-anno-2022.pdf>

<https://www.cnel.it/Comunicazione-e-Stampa/Notizie/ArtMID/1174/ArticleID/4923/PRESENTATO-RAPPORTO-CNEL-ISTAT-SU-OCCUPAZIONEFEMMINILE#:~:text=Il%2069%2C3%25%20delle%20donne,per%20i%20padri%20in%20coppia>

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

La famiglia è un sistema complesso multilivello e multidimensionale: la misura Vesta si propone di favorire il cambiamento culturale nella ridefinizione positiva del rapporto tra la scelta procreativa individuale e il benessere collettivo, anche in un'ottica di promozione e di sostegno alla natalità: per una coppia avere figli non deve avere conseguenze negative sulle possibilità di lavoro, sul rischio di impoverimento ma al contrario deve inserirsi positivamente nel percorso di realizzazione personale e professionale dei genitori.

La maggior parte delle coppie non vorrebbe rinunciare ad avere figli, ma troppo spesso redditi e risparmi non sono sufficienti: da qui un preoccupante inverno demografico che rischia di privare del futuro la comunità, ma anche la ferma determinazione della Regione Piemonte ad utilizzare le risorse necessarie per sostenere concretamente il potere di acquisto delle famiglie e dare vita ad un ingente piano di aiuto strutturale per l'accesso a servizi fondamentali che stanno diventando troppo costosi anche per il ceto medio in difficoltà.

Misura regionale Vesta: attivazione di un intervento regionale nell'ambito del PR FSE + 2021-2027 finalizzato a sostenere il più ampio e paritario accesso e la piena fruizione di servizi socio-educativi e di opportunità da parte delle famiglie con minori fino a 6 anni, contrastando la povertà educativa attraverso l'erogazione di un sostegno economico diretto - in forma di buono a parziale rimborso delle spese sostenute. La misura si affianca ad altre misure regionali tese a supportare e facilitare la gestione familiare dei bambini nella fascia di età 0-6 anni ed anche la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

IMMIGRATI VULNERABILI E SALUTE

23.0

SITUAZIONE ATTUALE

I richiedenti e titolari di protezione internazionale sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sono persone che abbandonano il proprio Paese generalmente per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne; fuggono da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Durante il percorso migratorio sono sovente esposti a pericoli e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità di viaggi e che si possono concretizzare in situazioni di sfruttamento, violenze e aggressioni di varia natura.

La tutela della salute delle persone migranti è una garanzia sancita dalle norme internazionali, nazionali e regionali e presenta aspetti particolarmente delicati nel trattamento di specifiche patologie quali quelle psichiche oppure derivanti da dipendenze.

DATI

Nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) in Piemonte sono presenti 9.365 con una forte sproporzione di genere: infatti le presenze sono del 86% uomini e 14% donne.

Il 44% delle persone accolte si trova nei centri della Città Metropolitana di Torino. Si tratta, inoltre, di persone molto giovani: una su 3 ha infatti tra i 18 e i 24 anni e più della metà di loro (55%) ha tra i 18 e 29 anni. Il 10% delle persone accolte è minore: tra questi, 38 sono minori stranieri non accompagnati.

Invece il Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI) offre 2469 posti in Piemonte, il 6,4% dei posti disponibili in Italia. Gli enti locali titolari di progetto sono 36, di cui 23 comuni, 2 unioni di comuni, 1 provincia e 10 enti consortili (enti gestori delle funzioni socio-assistenziali). La provincia di Torino è l'unica che offre posti per persone con disagio mentale e/o disabilità fisica, di cui la quasi totalità (36 su 46) sono nel Comune di Torino; anche per quanto riguarda i minori stranieri non accompagnati più della metà dei posti disponibili è concentrata nel Comune di Torino (68%).

A questi dati bisogna aggiungere i 94 posti delle accoglienze del Sistema Antitratta piemontese che accolgono persone vittime di tratta e di grave sfruttamento di tipo sessuale, per accattonaggio e sfruttamento lavorativo: in maggioranza sono donne ma con un trend in aumento per gli uomini soprattutto in relazione allo sfruttamento lavorativo.

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

La definizione di Piani Regionali per la Salute dei migranti costituisce l'occasione per facilitare e/o potenziare percorsi già in atto, e comunque rappresenta un'opportunità per valorizzare e sostenere i servizi sanitari e socio-sanitari a favore dei migranti sul territorio regionale e creare una governance multilivello in tale ambito.

L'obiettivo specifico è quello di potenziare la tutela della salute di richiedenti e titolari di protezione internazionale, inclusi i minori stranieri non accompagnati (MSNA), in condizione di vulnerabilità fisica e/o psichica, presenti nei centri di accoglienza.

Si prevede la creazione / attivazione di equipe multiprofessionali presso tutte le ASL piemontesi per l'attivazione dei servizi di prevenzione e percorsi di cura per tutelare la salute delle persone con vulnerabilità psichiche e psicologiche ponendo attenzione alle dipendenze che spesso sono conseguenza o causa delle vulnerabilità stesse.

La presa in carico da parte delle equipe avviene in stretta correlazione con gli/le operatori/trici delle accoglienze i quali vengono formati, consultati ed eventualmente coinvolti nel trattamento successivo.

Una corretta gestione del percorso di cura prevede:

- consulenza agli operatori di riferimento
- attivazione di un percorso di cura mantenendo la persona presso il centro di accoglienza
- eventuale invio al servizio sanitario
- accompagnamento della persona e degli/delle operatori/trici al rientro in accoglienza al termine di un periodo di ricovero.

SENZA DIMORA

24.0

SITUAZIONE ATTUALE

- allo stato attuale il diritto alla salute non è esigibile dalle persone senza dimora che non possiedono un'iscrizione anagrafica comunale. Alla mancanza di un riconoscimento formale della propria presenza in una città, si associa quindi anche la perdita del diritto fondamentale alla tutela della salute e all'assistenza sanitaria, eccezione fatta per le prestazioni di emergenza presso il Pronto Soccorso.
- per chi non ha casa e vive in strada o si appoggia a strutture di accoglienza, l'accesso alle cure, un rapporto regolare con il medico di Medicina Generale, l'accesso alla medicina preventiva e specialistica, la possibilità di trascorrere una convalescenza che non vanifichi l'intervento sanitario, rappresentano problemi insormontabili che si traducono spesso nella rinuncia alla cura di sé.
- la garanzia di livelli di salute e benessere adeguati ai senza dimora richiede un impegno da parte di più attori che, a vario titolo, come nel caso dei servizi sociali e dei servizi sanitari, sono chiamati a collaborare. Eppure le questioni normative, le difficoltà organizzative e l'articolazione delle competenze ai diversi livelli di governo, rendono di difficile applicazione l'enunciata integrazione socio-sanitaria.
- mancano a oggi protocolli di intervento o prassi consolidate di presa in carico socio-sanitaria che si basino su un concetto esteso di salute. Spesso, avviene invece che la presa in cura di una persona senza dimora generi fatiche e incomprensioni fra i servizi nello stabilire chi deve intervenire.
- Il Piano Nazionale per le Politiche Sociali, il PNRR e il Fondo Povertà stanno offrendo opportunità importanti per sviluppare servizi e attività di supporto. Tuttavia, sono presenti criticità significative: da un lato, non è sempre semplice avviare questa tipologia di servizi in territori che non li hanno mai avuti. Dall'altro, invece, c'è la complessità legata a ciò che accadrà a seguito della conclusione del finanziamento. I Comuni saranno in grado di continuare a garantire questa tipologia di servizio? Con quali risorse?

DATI

- Il 15 Dicembre 2022 l'ISTAT ha pubblicato i dati del Censimento permanente della Popolazione al 31 dicembre 2021. Per la prima volta la rilevazione ha reso disponibili dati su alcuni gruppi specifici di popolazione, tra cui le persone che vivono nelle convivenze anagrafiche, quelle che risiedono in campi autorizzati o insediamenti tollerati e spontanei, e le persone "senza tetto" e "senza fissa dimora".
- Secondo i dati dell'ISTAT sono 96.197 le persone senza tetto e senza fissa dimora iscritte in anagrafe. La maggioranza è composta da uomini e il 38% è rappresentato da cittadini stranieri, provenienti in oltre la metà

dei casi dal continente africano. Le persone senza tetto e senza fissa dimora censite sono residenti in 2.198 comuni italiani, ma si concentrano per il 50% in 6 comuni: Roma con il 23% delle iscrizioni anagrafiche, Milano (9%), Napoli (7%), Torino (4,6%), Genova (3%) e Foggia (3,7%).

Per approfondimenti:

<https://www.fiopsd.org/persone-senza-dimora/>

<https://www.fiopsd.org/una-nessuno-centomila/>

<https://www.fiopsd.org/osservatore-di-strada-maggio-2024/>

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

24.1

La promozione di una reale integrazione socio-sanitaria: una governance congiunta tra servizi sociali territoriali e servizi sanitari nella cura delle persone con maggiori vulnerabilità;

- La collaborazione tra più soggetti istituzionali e del privato sociale per la tutela dei diritti delle persone vulnerabili: affiancare, per esempio, fin dall'inizio dell'intervento sociale, la consulenza di un medico di medicina territoriale o di un ambulatorio, se le prestazioni necessarie rientrano tra quelle previste dall'assistenza sanitaria pubblica;
- Il consolidamento di prassi a livello regionale come Protocolli di intervento, cura e assistenza tra servizi territoriali alla grave marginalità e servizi sanitari;
- La creazione di percorsi di accoglienza post acuzie per persone che abbiano subito interventi o necessità di degenze prolungate che, in assenza di una dimora, rischiano di creare ricadute e aggravare ulteriormente le condizioni di salute;
- La realizzazione, in un'ottica preventiva, di screening gratuiti delle condizioni di salute delle persone senza dimora presenti in strada, interventi di prima necessità ed orientamento verso il sistema sanitario territoriale.

L'assessorato alle Politiche sociali della Regione Piemonte ha inoltre deciso di accogliere le istanze dei territori di rafforzare i percorsi di potenziamento degli interventi di integrazione socio sanitaria rivolti a persone senza dimora, specificatamente nelle città di Torino e Cuneo. Da qui è nato il progetto per la sperimentazione del Tutor socio-sanitario. Il progetto è stato affidato a fio.PSD, Federazione Italiana Organismi per le persone senza dimora (fio.PSD), che ha avviato il percorso coinvolgendo gli enti pubblici (sociali e sanitari) e di terzo settore direttamente interessati dal fenomeno nei due territori interessati, passando poi alla fase pratica con équipe di strada, tutt'ora in corso.

SERVIZI SOCIALI PER MINORI

25.0

SITUAZIONE ATTUALE

Il Piano nazionale degli Interventi e dei servizi Sociali 2024-2026, in corso di approvazione, introduce la previsione di un obiettivo di servizio individuato nella costituzione di un servizio di affidamento familiare dedicato in ogni Ambito Territoriale Sociale (attualmente 40 ATS in Piemonte) dimensionato sulla base del fabbisogno territoriale e secondo la specifica scheda servizio allegata.

La legge 28 marzo 2001, n. 149 "Diritto del minore ad una famiglia" di modifica della legge 4 maggio 1983, n. 184 "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" rafforza sia il diritto del minore a crescere e ad essere educato nell'ambito della propria famiglia, sia il diritto del minore a crescere e ad essere educato nell'ambito di una famiglia.

A garanzia di tale diritto, l'art. 1, comma 3, della legge n. 149/2001, prevede che lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie competenze, sostengano, con idonei interventi, nel rispetto della loro autonomia e nei limiti delle risorse disponibili, i nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l'abbandono e di consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia.

DATI

Nella sintesi del confronto nazionale, il dominio "Accoglienza e tutela" dell'Indice sul benessere dei bambini vede il Piemonte alla quinta posizione tra le regioni Italiane per migliore sistema dei servizi.

I dati più recenti al 31/12/2023 indicano 1.431 minori in affido per almeno cinque notti a settimana (esclusi i Minori Stranieri Non Accompagnati) corrispondenti a 2,2 minori ogni 1000 under 18 residenti in Piemonte. Si tratta di un dato superiore alla media nazionale (1,4/1000) che vede il Piemonte, insieme alla Liguria, tra le regioni in cui risulta più attivato l'affidamento familiare. Di questi 803 (il 56,1%) sono in affidamento eterofamiliare a singoli e famiglie e 628 (il 43,9%) in affidamento intrafamiliare a parenti. Il 70,1% degli affidamenti sono avvenuti per via giudiziale, il 29,9% per via consensuale. Nel caso dei soli affidamenti intrafamiliari la percentuale di affidamenti per via consensuale sale al 33%.

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

Alla luce del mutato contesto normativo specifico nazionale (tra queste le Linee di indirizzo per l'affidamento familiare Rep. atti n. 17/CU dell'8.2.2024, la legge 19.10.2015 n.173 sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affidamento familiare) e regionale (tra queste la L.R. n. 17/2022 "Allontanamento zero.

Interventi a sostegno della genitorialità e norme per la prevenzione degli allontanamenti dal nucleo familiare d'origine"), si intende portare a compimento la revisione delle disposizioni regionali in materia di accoglienza di bambini e ragazzi in affidamento familiare con la Deliberazione di Giunta regionale n. 79-11035 del 17 novembre 2003, aggiornandoli in riferimento all'evoluzione delle esigenze e delle caratteristiche dei minori e delle minori accolti, anche con riferimento al nuovo obiettivo di servizio definito nell'approvando Piano nazionale degli Interventi e dei servizi Sociali 2024-2026.

REVISIONE REQUISITI STRUTTURE DI ACCOGLIENZA PER MINORI

26.0

SITUAZIONE ATTUALE

Nel caso non sia più possibile per i minori vivere nella propria famiglia di origine, l'ordinamento italiano predispone lo strumento dell'affidamento familiare e, ove non ci siano le condizioni, l'inserimento del minore in una comunità di tipo familiare o in altra tipologia di struttura residenziale per minorenni. I principali riferimenti normativi che sovrintendono alla tutela dei diritti dei minori in queste situazioni sono la Legge 184/1993, novellata dalla Legge 149/2001, e per il Piemonte la Legge Regionale 17/2022.

L'analisi di queste due tipologie di accoglienza consente di valutare la capacità delle istituzioni del territorio di prendersi cura dei minori fuori dalla loro famiglia di origine.

DATI

Nella sintesi del confronto nazionale, il dominio "Accoglienza e tutela" dell'Indice sul benessere dei bambini vede il Piemonte alla quinta posizione tra le regioni Italiane per migliore sistema dei servizi.

I dati della Regione Piemonte al 31/12/2023 indicano in 1.226 i minori ospiti di strutture residenziali. Di questi 1.120 (il 91,3%), risiedevano in strutture all'interno del territorio piemontese, 106 erano invece accolti da strutture fuori regione. Nell'arco del 2023 sono stati dimessi 574 minori, dei quali 527, il 91,8% residenti in strutture piemontesi e 47, l'8,2% in strutture fuori regione.

Rispetto al totale di cui sopra, i minori accolti nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, al 31.12.2023 risultavano 47 minori accolti nelle CTM (comunità terapeutiche per minori) del territorio regionale e 14 accolti in strutture terapeutiche fuori regione; 121 erano i minori accolti nelle comunità socio-riabilitative per minori (CRP) e 2 minori accolti in strutture fuori regione.

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

Con DGR n. 25-5079 del 18.12.2012 sono stati approvati i requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semi-residenziali per minori, a fronte dell'esigenza di avviare un processo di riqualificazione della rete delle strutture residenziali, al fine di garantire requisiti di qualità nei percorsi di accoglienza residenziale dei minori con bisogni particolari e specifici, dei nuclei genitore bambino, dei minori stranieri non accompagnati, nei percorsi di autonomia e nell'accoglienza in emergenza, attraverso progettualità diversificate, mirate ad evitare il collocamento fuori dalla famiglia per un tempo non determinato e volte a garantire, nel più breve tempo possibile, il reperimento di un'accoglienza familiare.

L'art. 10 comma 8 della LR 17/2022 prevede l'avvio della revisione dei requisiti strutturali, gestionali ed organizzativi e la definizione delle tariffe delle strutture residenziali e semi-residenziali per minori, tenendo conto che i presidi per minori, fatto salvo il progressivo superamento dei presidi 0/5 anni come previsto dall'articolo 3, si articolano in fasce di età.

Nel febbraio 2024, inoltre, con Intesa n. 17/CU dell'8.2.2024 sono state approvate le nuove Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minori.

Pertanto, allo scopo di aggiornare/implementare rispetto alla disciplina vigente, in relazione ai bisogni emergenti ed alla necessità prioritaria di assicurare risposte appropriate al superiore interesse dei minori accolti, nonché alla definizione a livello regionale delle tariffe afferenti alle diverse tipologie di strutture, residenziali e semi-residenziali, è stato avviato il percorso interistituzionale per la predisposizione della prima bozza nuovi requisiti strutturali, gestionali ed organizzativi delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori.

A seguire, saranno organizzate le consultazioni con gli stakeholders istituzionali e del privato sociale, nonché la rilevazione sulle tariffe applicate dalle strutture autorizzate al funzionamento in Piemonte, al fine di giungere all'adozione del provvedimento deliberativo di definizione dei nuovi requisiti strutturali, gestionali ed organizzativi delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori e per la definizione delle tariffe

PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI CENTRI PER FAMIGLIE

27.0

Si tratta interventi di promozione della salute dei centri per le famiglie in favore delle famiglie e i bambini nei primi 1000 giorni di vita in collegamento con l'Azione 11.1. del Piano regionale di prevenzione 2020-2025-Strategie intersettoriali per il sostegno e l'accompagnamento alla genitorialità

SITUAZIONE ATTUALE

Per lo sviluppo della salute dei bambini e delle bambine e la prevenzione delle malattie croniche è molto importante che i neo genitori possano usufruire di percorsi di accompagnamento e sostegno in modo da garantire un buon inizio per tutti e tutte. Infatti è documentato che gli interventi precoci rendono più facile l'acquisizione di nuove competenze in età successive, la costruzione della fiducia in sé stessi e la motivazione all'apprendimento oltre a sviluppare un miglior potenziale di salute soggettivo.

Con D.G.R. n. 89-3827 del 04/08/2016, in linea con gli orientamenti della L.R. n. 1/2004 sopra richiamata, sono state approvate le linee guida per la definizione delle finalità e delle funzioni essenziali dei Centri per le famiglie piemontesi, declinando le attività dei Centri, ascrivendole ad alcune principali aree di funzioni di seguito descritte, da considerarsi, per le ragioni in precedenza esposte, irrinunciabili:

- promozione della salute e dello stato di benessere delle famiglie;
- promozione e prevenzione primaria;
- prevenzione secondaria;

al fine di "sostenere la promozione del ruolo sociale, educativo, di cura delle famiglie" e non solo come servizi per le famiglie, ma come servizi di partecipazione civica, di costruzione del bene comune, spazi di incontro e di crescita collettiva e culturale. Nel corso del 2023, è stata realizzata con il contributo di tutti i centri per le Famiglie, la Carta regionale per le famiglie 06, diffusa presso tutti i Servizi socio-sanitari e che sarà accessibile, attraverso apposito QR code, anche nell'Agenda della Gravidanza.

DATI

Nel corso del 2024, i 50 centri per le Famiglie operativi sul territorio piemontese, hanno offerto servizi ed attività a più di 20.000 famiglie, di cui il 36% in condizione di vulnerabilità. Rispetto alla fascia di età, i minori 0/14 anni coinvolti nelle attività proposte dai centri sono stati più di 12.000, di cui il 23% in condizione di vulnerabilità.

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

L'azione intende pertanto proseguire nell'ambito del nuovo Piano regionale di prevenzione, la diffusione di strategie di promozione della salute attraverso l'alleanza tra i servizi sanitari (Ospedali, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Materno-Infantile, PLS, Distretti), i Centri per le Famiglie, gli Enti del territorio e il Terzo Settore (es. Spazio famiglia, Nidi, Biblioteche, Family hub, Sportelli di ascolto) con l'obiettivo di migliorare l'offerta di servizi di sostegno e accompagnamento alla genitorialità coinvolgendo nel percorso anche la popolazione target in un'ottica di engagement di comunità (Festa della Nascita, promozione della conoscenza e attuazione dei determinanti di salute nella prima infanzia, "Nati con la natura", "Nati per leggere", ecc.).

POLITICHE DI WELFARE ABITATIVO

28.0

Le politiche di Welfare abitativo della Regione Piemonte possono ripartirsi in tre grandi linee di intervento.

INVESTIMENTI NELL'EDILIZIA SOCIALE

28.1

Il tema di fondo è quello della mancanza di un flusso di risorse certe e costanti per gli investimenti nel patrimonio di ERP a far data dalla fine del prelievo Gescal nel 1992.

La sfittanza del patrimonio dei 48.729 alloggi di ERP gestito dalle tre ATC è circa del 10% e prevalentemente per cause legate a necessità manutentive.

L'attenzione della Regione Piemonte, delle ATC e dei Comuni è intercettare, programmare e gestire in maniera ottimale le fonti di finanziamento che si rendono disponibili.

Nell'ultimo quinquennio è stata effettuata la tempestiva programmazione di interventi di riqualificazione edilizia degli immobili di ERP per un totale di 141 milioni di euro, tutti attualmente in corso di realizzazione. I principali:

- Delibera Cipe n. 127/2017: 21 milioni (DGR n. 301 del 27.9.2019)
- Fondo Complementare PNRR: 85,4 milioni (DGR n. 4028 del 5.11.2021)
- riprogrammazione ex Gescal: 17 milioni (DGR n. 6980 del 5.6.2023)
- Legge 80, "lett. B", a scorrimento graduatorie approvate dal MIT: 13,2 milioni. Questa linea di finanziamento prevede trasferimenti ministeriali fino al 2029 per ulteriori 14 milioni.
- riprogrammazione economie Legge 80, "lett. A" e LR n. 8/2022: 3,5 milioni.

Sono infine ancora a carico del bilancio regionale, 1,3 milioni annui per le cooperative edilizie che hanno ottenuto finanziamenti con la LR n. 28/1976 a sostegno dei mutui.

A queste risorse si aggiungono quelle che le ATC e i Comuni proprietari reperiscono autonomamente, ad esempio il "Superbonus 110%", il Programma Innovativo della Qualità dell'abitare (PINQuA) su fondi PNRR.

INTERVENTI A SOSTEGNO DI FAMIGLIE IN DISAGIO ABITATIVO

28.2

L'intervento più cospicuo a carico del bilancio regionale è il Fondo Sociale per la copertura del 60% della morosità incolpevole degli assegnatari di alloggi ERP (art. 20 LR n. 3/2010).

Il dato più recente, quello dell'esercizio 2023, vede 9.000 nuclei familiari beneficiari, per un importo complessivo di oltre 15 milioni di morosità incolpevole, dei quali almeno 9,3 milioni a carico del bilancio regionale (la quota restante a carico dei Comuni).

Sono ripartite annualmente dalla Giunta a 50 Comuni ad alto disagio abitativo le risorse regionali destinate alle Agenzie Sociali per la Locazione (ASLo) per 2,5 milioni a sostegno della sottoscrizione di contratti di locazione a canone concordato. Le ASLo danno attuazione anche ai criteri della LR n. 37/2009, ampliando la sfera dei beneficiari ai genitori separati o divorziati in difficoltà; alla LR n. 18/2019 "Disposizioni in materia di sostegno ai mutui destinati alla prima casa".

Non sono state rifinanziate a livello statale dal 2023 il Fondo per il sostegno alla locazione (L. n. 431/1998) e del Fondo per la Morosità incolpevole (DL n. 102/2013) dedicati ai conduttori di alloggi privati. Il FIMI ha trovato un parziale rifinanziamento con la Legge di bilancio 2025.

E' ripreso con regolarità dal 2020 il finanziamento statale per gli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche negli edifici privati, la Regione raccoglie il fabbisogno e ripartisce le risorse ai Comuni.

DISCIPLINA DELL'EDILIZIA RESIDENZIALE PUBBLICA E DEGLI ENTI GESTORI

28.3

La LR n. 3/2010 s.m.i. disciplina l'edilizia sociale, prevedendo che i Comuni proprietari gestiscano il patrimonio ERP "di norma" attraverso le ATC: su 48.729 alloggi di edilizia sociale gestiti dalle ATC n. 13.186 alloggi sono di proprietà comunale. Restano nella gestione diretta dei Comuni 1.754 alloggi, e 1.574 nella gestione del Consorzio intercomunale torinese (CIT).

Il fenomeno delle occupazioni abusive ha dimensioni limitate rispetto al patrimonio nel suo complesso (lo 0,74% della gestione ATC).

Le Agenzie Territoriali per la Casa, enti ausiliari della Regione, godono di piena autonomia amministrativa, organizzativa, patrimoniale e contabile (art. 28 LR n. 3/2010).

La legge regionale attribuisce alla Giunta regionale il controllo sulla gestione delle ATC, finalizzato all'accertamento della loro produttività. Tale controllo si esplica attraverso una serie di indicatori finanziari, atti a rilevare i dati generali di bilancio, la spesa per il personale, le capacità di incasso e di spesa, l'andamento dei canoni e dei residui.

A partire dall'esercizio 2023, sono attribuiti degli obiettivi su base annuale ai Consigli di Amministrazione delle ATC, focalizzati in particolare sulla capacità di incasso e sullo stato di avanzamento degli interventi edilizi finanziati tramite la Regione Piemonte, che costituiscono un'ulteriore base di valutazione per la Giunta regionale.

Le famiglie in lista di attesa nelle graduatorie ERP di tutto il Piemonte sono oltre 14.000.

Il canone ERP è mantenuto a livelli sociali (canone mensile medio pari a euro 96,54 – dato aggregato ATC 2023).

FONDO STRAORDINARIO CONGUAGLI

28.4

Il Regolamento regionale n.4 del 07 maggio 2024, ai sensi dell' articolo 4, comma 2 della legge regionale 27 febbraio 2024, n. 2 (Modifiche alla legge regionale 17 febbraio 2010, n. 3 e ulteriori disposizioni) disciplina il fondo straordinario per il pagamento dei conguagli delle utenze, destinato agli inquilini a basso reddito assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica presso le agenzie territoriali per la casa del Piemonte (ATC).

Possono accedere al fondo straordinario conguagli utenze i soggetti assegnatari, al 1° gennaio di ogni anno, di alloggi di edilizia residenziale pubblica presso le agenzie territoriali del Piemonte ai sensi delle disposizioni della legge regionale 17 febbraio 2010, n. 3 (Norme in materia di edilizia sociale).

I soggetti interessati devono essere destinatari di una richiesta di pagamento (bollette) avente ad oggetto il costo di utenze e costituenti la differenza tra quanto già conteggiato e quanto effettivamente dovuto ai sensi dei consumi effettuati (c.d. conguagli), inerenti l'alloggio assegnato.

Per il 2024 l'erogazione del fondo si è riferita a conguagli concernenti il periodo compreso tra il 1° gennaio 2016 e il 31 dicembre 2022. Per quanto riguarda gli anni successivi al 2024, l'erogazione del fondo riguarderà conguagli riferiti a periodi successivi al 31 dicembre 2022.

AUTORECUPERO

28.5

La Dgr 18-377/2024/XII ha introdotto l'autorecupero degli alloggi carenti di manutenzione come obiettivo per le ATC.

L'autorecupero, come specificamente previsto dall'art. 22 bis Legge Regionale 3/2010, dà la possibilità di assegnare alloggi di edilizia sociale, individuati tra quelli non assegnabili perché necessitano di interventi di manutenzione. I soggetti partecipanti, una volta ottenuta la qualifica di assegnatario, si devono impegnare, in accordo con ATC, a realizzare entro i tempi concordati gli interventi di manutenzione indispensabili per rendere l'alloggio adeguato per l'assegnazione in locazione. Le modalità di esecuzione dei lavori, la spesa massima riconosciuta e l'iter per il rimborso (compresi gli oneri fiscali e ogni altra voce di spesa) sono concordati con ATC per ogni singolo intervento. Con riferimento all'alloggio scelto e assegnato a chi abbia ottenuto l'assegnazione, l'ammontare complessivo del costo riconoscibile per le opere eseguite non può essere superiore a 10.000,00 euro, compresi gli oneri fiscali e ogni altra voce di spesa. Il costo dell'intervento viene rimborsato mensilmente all'assegnatario, entro il limite massimo previsto, mediante compensazione sul solo canone di locazione dell'alloggio, sino ad esaurimento dell'importo e al netto delle detrazioni fiscali eventualmente spettanti.

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

28.6

Sull'edilizia sociale, le Leggi di bilancio 2024 e 2025 hanno destinato con 560 milioni nel 2027-2030 per misure sperimentali del nuovo "Piano casa Italia" dedicato all'ERP e all'edilizia sociale anche di operatori privati. Un documento del MIT "Position paper sul nuovo Piano Casa", reso noto nel febbraio 2024, pone tra le possibili linee di lavoro l'istituzione di un fondo nel quale, oltre alla dotazione propria, confluiscono risorse non utilizzate di finanziamenti nazionali o europei. Sempre la Legge di bilancio 2025 prevede uno strumento finanziario per l'efficientamento energetico dell'ERP destinandovi 1,38 miliardi della Missione 7, Investimento 17 di RePowerEU. Per entrambe le misure si attendono i decreti attuativi.

Il Piano Sociale per il Clima (PSC) che attinge alle risorse EU del Fondo sociale per il clima, ha una dotazione per l'Italia di 7 miliardi e dovrà essere presentato entro giugno del 2025. E' teoricamente possibile anche il finanziamento di interventi di efficientamento su patrimonio ERP.

Va perseguito l'efficientamento del sistema ERP nel suo complesso, verificando anche con gli enti gestori, le motivazioni per il non soddisfacente utilizzo di alcuni strumenti, ad esempio i bandi per l'autorecupero, e valutando proposte di modifica della LR n. 3/2010 nell'ambito di un cantiere aperto a tutti gli stakeholders.

SERVIZIO CIVILE

29.0

SITUAZIONE ATTUALE

Nell'ottica di valorizzare forme di cittadinanza attiva dei giovani per il perseguimento e la promozione di una cultura della pace e della nonviolenza, la Regione, nel corso del biennio 2023/2024, ha avviato la sperimentazione del servizio civile regionale, dando attuazione alla LR 7/2015.

La risposta partecipata degli Enti di Servizio Civile Universale presenti sul territorio e l'interesse dimostrato dai giovani nell'impegnarsi consapevolmente a favore della comunità, mettendo volontariamente a disposizione tempo, energie, talenti per la realizzazione di progetti concreti a favore della collettività, ha determinato, nel biennio 2024/2025, l'approvazione del finanziamento della seconda Edizione della misura SCR attualmente in corso.

Il servizio civile, in quanto esperienza cui partecipano giovani di età compresa tra i 18 ed i 28 anni compiuti, ben si presenta quale:

- soluzione innovativa in grado di valorizzare le capacità personali e lo scambio di esperienze tra pari
- esperienza di partecipazione giovanile, essenziale per colmare il divario tra giovani e istituzioni, ed utile a raggiungere gran parte degli obiettivi fissati dall'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile
- strumento che educa i giovani ad una maggiore partecipazione nella società e che, al contempo, potenzia la loro occupabilità futura.

I progetti di servizio civile regionale, infatti, sviluppati in ambiti di intervento che perseguono obiettivi di interesse pubblico specifico, offrono ai giovani la possibilità non solo di vivere un'esperienza di grande valore civico e sociale, ma anche di acquisire esperienza e competenze spendibili nel mondo del lavoro, contribuendo così ad arricchire la loro formazione.

Per l'anno 2024/2025, gli obiettivi individuati dall'assessorato regionale alle Politiche sociali sono stati prioritariamente il contrasto alla diffusione delle droghe e delle dipendenze patologiche da sostanze attraverso la promozione attiva di stili di vita sani, e la realizzazione di attività di utilità sociale e risanamento di situazioni di degrado all'interno di periferie urbane e aree adibite a edilizia residenziale pubblica.

Rientrano poi tra le possibili azioni il sostegno di minori e giovani in condizioni di disagio o di esclusione sociale, nonché la realizzazione di attività di utilità sociale nell'ambito dell'agricoltura sociale e della biodiversità, dell'educazione alimentare e della lotta allo spreco cibo, dell'educazione e della promozione paesaggistica, ambientale, del turismo sostenibile e sociale e dello sport.

DATI

La sperimentazione del servizio civile regionale, annualità 2023/2024, ha visto lo svolgimento di 8 progetti presentati da 6 Enti SCU aventi sedi operative sul territorio regionale e l'avvio di 54 operatori volontari, a fronte di 181 domande di partecipazione.

Al fine valorizzare le competenze acquisite nel corso del servizio, è stata offerta ai giovani una giornata formativa in materia di riconoscimento e di validazione delle competenze non formali e informali, invitandoli a seguire il percorso finanziato dalla Regione Piemonte in collaborazione con le Agenzie Formative accreditate. L'opportunità è stata colta da 50 giovani.

Per la seconda edizione del servizio civile regionale, annualità 2024/2025, sono stati avviati 4 progetti per un totale di 34 giovani in servizio, a fronte di 202 domande di partecipazione.

PROSPETTIVE E OBIETTIVI

29.1

Implementare l'opportunità per i giovani di svolgere servizio civile quale opportunità di crescita personale, di cittadinanza attiva e di orientamento al mondo del lavoro.

Istituire Tavoli di confronto con il mondo della scuola e delle università per la promozione del servizio civile, attraverso spazi strutturati di orientamento.

Sostenere la collaborazione tra soggetti istituzionali per la valorizzazione del ruolo dei giovani operatori volontari in chiave di riconoscimento delle competenze e di orientamento al mondo del lavoro.

Implementare il lavoro sul territorio per promuovere stili di vita sani.

AREA ADOZIONI

30.0

La Regione Piemonte, in linea con la sua consolidata tradizione di attenzione alle politiche familiari e minorili, riconosce l'adozione come un'importante scelta di genitorialità sociale, promuovendo interventi a supporto dell'adozione nazionale ed istituendo un Servizio Regionale Pubblico per le Adozioni Internazionali. Il Servizio regionale per le adozioni internazionali, istituito con legge regionale n. 30/01, come ente ausiliario e poi trasformato a far data dall'1/01/2019 in un Servizio all'interno della Direzione Regionale Welfare (art. 12 L.R. 7/2018), è il primo servizio pubblico in Italia con il compito di permettere, nel rispetto del principio di sussidiarietà, l'incontro tra i minori in stato di abbandono e le famiglie desiderose di adottarli, nonché di realizzare progetti di cooperazione internazionale a favore dell'infanzia in difficoltà.

FINALITÀ STRATEGICHE

30.1

Negli ultimi 10 anni si è registrata una diminuzione della disponibilità delle coppie aspiranti all'adozione. Tale diminuzione è il risultato di una pluralità di fattori: cambiamenti demografici, un maggior ricorso alle pratiche di procreazione medicalmente assistita e difficoltà intrinseche ai percorsi adottivi. Per affrontare i cambiamenti avvenuti in questi ultimi anni nel mondo dell'adozione appare necessario:

- incentivare azioni a sostegno della genitorialità sociale: ciò significa promuovere l'adozione come risorsa fondamentale per i minori privi di un contesto familiare idoneo sia in Italia che all'estero, garantendo altresì percorsi di genitorialità che rispondano ai reali interessi dei bambini e che prevedano forme di sostegno ai genitori adottivi.
- offrire forme di sostegno alle famiglie adottive che accolgono minori con caratteristiche speciali (special needs): la crescente complessità dei profili dei minori adottabili, sia a livello nazionale che internazionale, richiede un supporto mirato. Maggiori interventi per le famiglie che accolgono bambini con bisogni sanitari specifici
- promuovere azioni rivolte a giovani e adulti adottivi con particolare riferimento al tema della ricerca delle origini, l'inserimento scolastico e azioni di prevenzione alle crisi: l'adozione è un percorso che non si esaurisce con l'ingresso del bambino nella nuova famiglia. È necessario sostenere gli adottivi nelle diverse fasi della

loro vita, con un focus specifico sull'adolescenza e la giovane età adulta, periodi in cui spesso emergono quesiti legati all'identità e alla ricerca delle proprie radici.

IL CONTESTO IN CIFRE

30.2

I numeri di coppie che richiedono informazioni e partecipano ai corsi pre-adozzivi indicano un persistente desiderio di genitorialità che si esprime attraverso l'interesse per i corsi pre-adozzivi, noti come "Corsi ABC dell'Adozione". Nel 2024 291 coppie hanno richiesto la partecipazione ai Corsi.

Le dichiarazioni di disponibilità presentate all'Autorità giudiziaria Minorile di Torino riflettono l'andamento della realtà dell'adozione a livello nazionale: una leggera flessione delle dichiarazioni di disponibilità presentate dalle coppie per l'adozione nazionale (488 nel 2022, 524 nel 2023, 430 nel 2024) e una flessione più consistente delle istanze per l'adozione internazionale (131 nel 2022, 108 nel 2023 e 92 nel 2024).

Il numero dei bambini che in Piemonte ha trovato accoglienza e cura in famiglia attraverso l'adozione nazionale rimane stabile per quanto riguarda l'adozione nazionale (2022: 93 bambini, 2023: 67 bambini, 2024: 74 bambini). Per quanto riguarda i minori accolti in adozione internazionale questo dato risente maggiormente delle difficoltà che sta attraversando la realtà dell'adozione internazionale, quali conflitti, chiusura dei alcuni Paesi stranieri di provenienza dei bambini (2022: 33 bambini, 2023: 29 bambini, 2024: 19 bambini).

I profili dei bambini adottabili mettono in evidenza un aumento delle Esigenze Speciali (Special Needs): si registra un notevole aumento della percentuale di minori autorizzati all'ingresso (riferito alle adozioni internazionali) con esigenze speciali, passando dal 59,0% nel 2020 al 70,4% nel 2023.

PROSPETTIVE FUTURE

30.3

- sostegno al desiderio di genitorialità delle coppie e dei single predisponendo percorsi di sostegno e preparazione adeguati, che riflettano le caratteristiche dell'adozione contemporanea e i profili dei bambini, sia a livello nazionale che internazionale. Verranno potenziati i corsi di informazione, rivolti sia alle coppie coniugate sia ai single, con un focus sui bisogni speciali dei minori e sulle competenze genitoriali necessarie per affrontarli. Sarà necessario integrare e aggiornare protocolli e prassi operative dei professionisti impegnati nei percorsi adottivi, ampliando i percorsi ad oggi esistenti
- consolidamento del Servizio Regionale per le adozioni internazionali (SRAI) per permettere alle coppie / single di avvalersi di un ente pubblico per le procedure adottive.
- rafforzamento degli interventi a sostegno delle famiglie con figli adottivi che presentano bisogni speciali: lavoro di rete con gli Ambulatori di accoglienza dei minori provenienti da un'adozione internazionale istituiti

con DGR n. 22-12964 del 30 dicembre 2009, conferma del contributi alle adozioni difficili previsti con DGR n. 79-11035 del 17 novembre 2003, successivamente modificata con DGR n. 10-6456 del 7 ottobre 2013

- ricerca di nuove modalità di azione e intervento a supporto delle famiglie adottive che vivono situazioni di crisi adottive (DGR 29 dicembre 2015, n. 29-2730) e giovani adulti adottivi nel percorso di ricerca delle proprie origini, garantendo un approccio etico, rispettoso e supportivo.

31

STAKEHOLDER MANAGEMENT





STAKEHOLDER MANAGEMENT

31.0

Il coinvolgimento di pazienti, cittadini e associazioni nella progettazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari fu teorizzato trent'anni fa dall'Organizzazione mondiale della sanità durante la Conferenza di Alma Ata ed è stato valorizzato negli ultimi anni.

Governi, autorità sanitarie e studiosi hanno auspicato la partecipazione dei pazienti/cittadini e il loro coinvolgimento, che può contribuire a migliorare la qualità dei servizi sanitari.

Il coinvolgimento dei cittadini, pazienti e delle associazioni può avvenire a diversi livelli:

- la salute dei singoli pazienti e le scelte terapeutiche
- la presenza e alla qualità dei servizi sanitari
- l'accesso alle strutture ospedaliere e agli ambulatori
- il miglioramento dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri
- il contributo alla ricerca clinica e alla sperimentazione

L'umanizzazione - intesa come impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica - opportunamente valorizzata dal concetto di empowerment, è un elemento essenziale per garantire la qualità dell'assistenza.

Tali ambiti andranno compiutamente consolidati nello sviluppo del Piano Socio Sanitario Regionale.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE PER STAKEHOLDER CIVICI E SOCIALI

Nell'ambito del Piano Socio Sanitario Regionale si individuano come **stakeholder sociali e civici** tutti i soggetti che **hanno un ruolo attivo o un interesse diretto o indiretto** nella programmazione, erogazione, controllo o fruizione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Coinvolgerli è fondamentale per garantire **efficacia, condivisione e sostenibilità** delle politiche regionali.

A titolo di esempio non esaustivo possono essere individuati come stakeholder rilevanti per il PSSR della Regione Piemonte **cittadini, utenti e caregiver; comitati civici, consulte territoriali, scuole e istituti scolastici** (per promozione salute, disabilità...), **media locali e regionali** (per trasparenza e informazione), **associazioni del Terzo settore**

IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DEL TERZO SETTORE

La Regione Piemonte riconosce nel Terzo Settore un **partner strategico la costruzione di una “comunità della cura”**, capace di integrare risorse pubbliche, civiche e familiari attorno alla persona e si impegna a promuovere una cultura della corresponsabilità e della solidarietà, che supera i confini organizzativi e amministrativi. Sostiene infatti il coinvolgimento attivo delle realtà del Terzo Settore nei processi di pianificazione, attuazione e valutazione con l'obiettivo di coniugare l'esperienza locale con le politiche pubbliche e creare un sistema più inclusivo, equo e orientato ai bisogni reali delle comunità.

IL DIRITTO ALLA PARTECIPAZIONE

Il Terzo Settore ha diritto a partecipare in modo strutturato, trasparente e continuativo ai processi decisionali nell'ambito socio-sanitario, secondo le linee guida del Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017, artt. 55–57). A questo scopo si intende promuovere la presenza attiva delle associazioni nei tavoli di concertazione territoriali, nei Piani di Zona e negli organismi di governance distrettuale, oltre a consolidare il Tavolo regionale permanente del Terzo Settore come sede di confronto stabile sulle politiche sanitarie e sociali.

La Regione si impegna a garantire:

- modalità di consultazione pubblica dei documenti strategici attraverso strumenti digitali, incontri pubblici e percorsi di ascolto diffuso
- valorizzare la co-programmazione e co-progettazione
- incentivare forme di rendicontazione partecipata e monitoraggio civico sui servizi sociosanitari erogati.

INTERVENTI PROPOSTI DAGLI STAKEHOLDER

Nel contesto del Piano Socio Sanitario regionale, la gestione degli stakeholder rappresenta un elemento chiave per costruire un sistema integrato, equo e orientato ai reali bisogni delle persone e delle comunità.

La complessità delle sfide socio - sanitarie impone una governance fondata sulla partecipazione attiva di tutti i portatori di interesse. A questo scopo gli **assessorati alla Sanità e al Welfare hanno incontrato numerose associazioni ed ottenuto oltre 170 documenti.**

Tali contributi hanno valore strategico, in quanto consentono di costruire un sistema di governance partecipato, trasparente ed efficace. I soggetti coinvolti nella programmazione, nell'erogazione e nella fruizione dei servizi sociosanitari – cittadini, istituzioni, operatori, associazioni, enti del terzo settore, ordini professionali – assumono un ruolo centrale nel definire priorità, orientare le scelte e contribuire alla qualità e sostenibilità del sistema.

Si segnala che la documentazione pervenuta si connota per un ottimo livello di dettaglio tecnico, di cui si terrà conto negli atti attuativi del PSSR. A tal proposito, in questo paragrafo sono sintetizzate le direttrici desunte dalla documentazione pervenuta.

SINTESI DEGLI INTERVENTI

SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Migliorare l'integrazione dei servizi con il territorio prevedendo soluzioni organizzative innovative anche tramite l'istituzione della consulta regionale per la salute mentale, ampliamento dell'orario di apertura dei servizi, potenziare i servizi in NPJA in modo che sia garantita la diffusione capillare sul territorio.

GOVERNANCE DELLE ASR

- Migliorare i rapporti tra le ASL ed il territorio tramite l'istituzione del Direttore Socio Sanitario in modo da rafforzare i meccanismi di coordinamento e integrazione
- Realizzare un riequilibrio dell'assistenza tra ospedale e territorio, in coerenza con gli obiettivi del DM 77/2022 e del PNRR
- Superare la logica per "silos" e la frammentazione delle cure, garantendo interventi integrati anche in ambito di prevenzione, nella gestione delle reti. Garantire un adeguato sistema di valutazione delle performance utilizzando strumenti e indicatori specifici dell'area sociale contestualmente a quelli dell'area sanitaria
- Ridisegnare la rete ospedaliera ed il modello Hub e Spoke superando la centralità dell'ospedale migliorando la fase post dimissione
- Includere la Rete delle Malattie Rare nei criteri per il dimensionamento ottimale dei servizi ASL
- Potenziare la Rete delle Cure Palliative

ASSISTENZA DOMICILIARE

Potenziare l'ADI tramite modelli innovativi di presa in carico sia con unità infermieristiche specializzate che con soluzioni tecnologiche innovative come l'AI.

NON AUTOSUFFICIENZA

Promuovere un modello di presa in carico innovativo basato sulla centralità della persona. Valorizzare ulteriormente la figura del caregiver. Attuare la riforma della residenzialità e della semi-residenzialità potenziando i centri diurni.

CASE DI COMUNITÀ E OSPEDALI DI COMUNITÀ

- Potenziare i servizi offerti dalle case di comunità in modo da ridurre il ricorso al pronto soccorso ed ai reparti ospedalieri
- Valorizzare gli Ospedali di Comunità come nodi essenziali nella sanità territoriale e qualificarli come strutture di ricovero intermedio per pazienti a bassa complessità.

**PRIVATO ACCREDITATO**

Potenziare il ruolo del privato accreditato e la sua integrazione con le ASR in modo da costituire un argine sia per la mobilità passiva che per le liste d'attesa.

SANITÀ PENITENZIARIA

Potenziare la sanità penitenziaria sia introducendo la telemedicina sia rafforzando i servizi erogabili all'interno delle strutture.

DONNE, COPPIE, FAMIGLIE, MINORI

Potenziare la promozione di campagne informative, progetti e risorse inerenti all'area materno-infantile, genitorialità e affidamenti familiari. Migliorare l'accesso dei minori ai servizi psicologici e NPI.

RICERCA

Valorizzare la ricerca sanitaria come elemento imprescindibile del SSN. Valorizzare l'importanza delle Medical Humanities. Adottare una visione unitaria e trasversale che integri assistenza, formazione e ricerca per affrontare sfide epidemiologiche e organizzative.

TRASPORTI

Creare un sistema sanitario sostenibile centrato sulla sanità di prossimità con focus sulle aree disagiate, migliorando il supporto logistico verso i luoghi di cura.

PREVENZIONE

Investire in interventi precoci di protezione e promozione della salute lungo l'intero arco della vita. Promuovere campagne di informazione ed educazione alla Salute, stili di vita sani. Estendere gli screening neonatali, rafforzare la prevenzione vaccinale in età pediatrica e adulta. Adottare approccio One Health

TERZO SETTORE

Coinvolgere attivamente gli ETS e tutte le associazioni di volontariato nei processi decisionali, mediante la creazione di tavoli permanenti di confronto.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Rafforzare il ruolo strategico del Medico di Medicina Generale e dei PLS nelle cure primarie.



DIGITALIZZAZIONE E SVILUPPO TECNOLOGICO

Sviluppare la telemedicina su tutto il territorio piemontese unitamente all'implementazione della cartella clinica informatizzata in tutte le ASR garantendo l'interoperabilità dei sistemi. Potenziare il FSE. Adottare modelli predittivi e analytics per programmazione e appropriatezza.

AMBITO DISABILITÀ

Implementare "progetti di vita" individuali basati su valutazione multidimensionale, facilitando nel contempo l'accesso ai servizi sanitari delle persone con disabilità.

INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

Formalizzare il ruolo, rafforzare il reclutamento, inserendo formalmente la figura dell'Infermiere di comunità nelle centrali operative territoriali (COT), nelle case della comunità e nei servizi domiciliari.

AMBITO FORMAZIONE

Potenziare la formazione e l'aggiornamento periodico di tutti i professionisti sanitari e socio-sanitari, mediate la creazione di un progetto di formazione individuale coerente con il percorso di carriera.

RISORSE

Garantire finanziamenti adeguati e vincolati del Fondo Sanitario Regionale, soprattutto per settori e branche mediche fortemente carenti. Potenziare l'accesso ai fondi europei.

FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI (DM)

Favorire la "monodose" dei farmaci e normare il deblistering nel settore pubblico. Creare, in sinergia con l'Università, una struttura specializzata good manufacturing practice (GMP) per la produzione interna di terapie CAR-T autologhe e allogeniche.

LISTE DI ATTESA

Migliorare l'accessibilità alle prestazioni sanitarie mediante forme innovative di presa in carico del paziente cronico.

PATOLOGIE SPECIFICHE

Avviare il processo di riconoscimento a livello nazionale e regionale di patologie ad alto impatto sociale. Creare dei tavoli tecnici dedicati.