ALLEGATO A)

PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2025-2030

Indice

PREMESSA 10
I. Il nuovo Piano socio-sanitario 10
II. Persone e personale sanitario 10
III. Il grande piano di edilizia sanitaria e la nuova medicina territoriale 11
IV. Sanità digitale 12
V. La ricerca: i nuovi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico 12
VI. Efficacia e sostenibilità economica 13

CAPITOLO 1 Introduzione 14
1. Introduzione 15
1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale 15
1.2 Il layout della sanità regionale 17
1.3 Il metodo di lavoro 18

CAPITOLO 2 Analisi del contesto epidemiologico 19
2. Analisi del contesto epidemiologico. Lo stato di salute della popolazione piemontese 20
2.1 Malattie infettive e resilienza dei sistemi di sorveglianza 22
2.2 Rapporto uomo/ambiente e fauna selvatica 23
2.3 Salute e ambiente: i determinanti esterni 24
2.4 Equità, coesione e riduzione delle diseguaglianze 26

CAPITOLO 3 Principi e valori guida 27
3. Principi e valori guida 28
3.1 Le principali sfide 28
3.2 Autonomia e responsabilità alle aziende sanitarie regionali (ASR) 29
3.3 La mission 30
3.4 La vision 30
3.5 Equità e geografia dei servizi: i principali strumenti a cui attribuire priorità nella programmazione 30
3.6 L'approccio One Health 31
3.7 La Medicina di Genere 32
3.8 La violenza di genere 32

CAPITOLO 4 Obiettivi strategici 34
4. Obiettivi strategici 35
4.1 Potenziamento dell'assistenza territoriale 36
4.1.1 Gli Ospedali di comunità 37
4.1.2 Le Centrali operative territoriali 37
4.1.3 Le Case della comunità 37

4.1.4 Le cure domiciliari 38
4.1.5 Il Distretto 38
4.1.6 Modelli di assistenza flessibile per territori a bassa densità abitativa 39
4.1.7 Potenziamento e capillarità dei consultori familiari 39
4.2 Riorganizzare la rete ospedaliera 39
4.2.1 Consolidare reti inter-aziendali 41
4.2.2 Riorganizzare OIRM Regina Margherita e Sant'Anna 42
4.2.3 Ottimizzare rete dei punti nascita 43
4.2.4 Ripensare il sistema di Emergenza-Urgenza 43
4.3 Digitalizzazione e rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 43
4.4 Centralizzare le funzioni: procurement e logistica 44
4.5 Protocollo con il Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco per il soccorso aereo 45
4.6 Centralizzazione del magazzino farmaceutico e razionalizzazione della logistica sanitaria del farmaco 45
4.7 Investimenti tecnologici e edilizia sanitaria 47
4.8 Liste e tempi di attesa 48
4.9 Potenziamento dell'accesso ai luoghi di cura: il "Corpo logistico sanitario piemontese" 49
4.10 Accessibilità universale al trasporto pubblico locale e alle infrastrutture di mobilità pubblica per le persone con disabilità e ridotta capacità motoria 50
4.11 Prevenzione e promozione della salute 51
4.11.1 Il consolidamento dei Dipartimenti di prevenzione 51
4.11.2 Valorizzazione della figura dell'assistente sanitario 54
4.11.3 I progetti di odontoiatria solidale 54
4.11.4 Screening per il diabete di tipo 1 e la celiachia nella popolazione pediatrica 55
4.11.5 Rafforzamento della rete regionale per la prevenzione e la presa in carico dell'obesità 55
4.11.6 Aggiornamento criteri di rimborsabilità del monitoraggio glicemico 57
4.11.7 Utilizzo dei dati nelle AFT e nei PDTA del diabete 57
4.11.8 Interoperabilità dei dati e Fascicolo Sanitario Elettronico 57
4.11.9 Prevenzione del carcinoma prostatico 58
4.11.10 Prevenzione del suicidio 58
4.11.11 Palestre della salute 59
4.12 Aggregazioni funzionali territoriali e rafforzamento del ruolo dei MMG/PLS 60
4.13 La rete delle farmacie 61
4.14 Tutela del benessere psicologico del personale 62
4.15 Prevenzione e contrasto della violenza nei confronti del personale sanitario e socio-sanitario 62
4.16 Revisione dei modelli organizzativi e gestione operativa – Operation Management 63
4.17 Sistematizzazione della cooperazione sanitaria transfrontaliera con la Francia 63
4.18 Polo formativo regionale della medicina territoriale 64
4.19 Governo della mobilità sanitaria 64

CAPITOLO 5 Aree di intervento prioritario 66
5. Aree di intervento prioritario.....67
5.1 Ottimizzare l'assistenza primaria e territoriale 67
5.1.1 Modello organizzativo e funzionamento delle Case della Comunità Hub.....69
5.1.2 L'Infermiere di famiglia o comunità 70
5.1.3 Rafforzamento del ruolo dell'Infermiere di famiglia o comunità nelle aree disagiate 70
5.2 Potenziare l'attività dell'area della psicologia.....70
5.3 Riorganizzare e ammodernare le reti ospedaliere 71
5.3.1 Consolidare reti inter-aziendali 71
5.3.2 Il Responsabile operativo degli Ambienti sanitari ospedalieri e territoriali.....72
5.3.3. Il cambio di paradigma 72
5.4 Umanizzare il pronto soccorso: valorizzazione della sfera informativa e relazionale ...72
5.5 Culto religioso e preghiera nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali e relativi spazi.....73
5.6 Ottimizzazione della Rete dei punti nascita 76
5.7 Ripensare il sistema di Emergenza-Urgenza 76
5.8 Integrare servizi per la salute mentale e le dipendenze 77
5.9 Rafforzamento dei servizi di salute mentale nei distretti periferici 80
5.10 Potenziamento dei servizi per le persone con disabilità.....80
5.10.1 Presa in carico ospedaliera delle persone con disabilità 81
5.11 Potenziamento delle reti clinico-assistenziali e tempo dipendenti 81
5.11.1 Le reti sanitarie 81
5.11.2 Le malattie neurodegenerative 82
5.11.3 Neuropsichiatria infantile e adolescenziale 83
5.11.4 Rete Trasfusionale 83
5.11.5 Razionalizzazione della rete trasfusionale del Piemonte Orientale 84
5.11.6 Rete di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule 85
5.11.7 Metodo Feldenkrais: programmi riabilitativi basati sulla neuroplasticità.....86
5.12 Procreazione medicalmente assistita.....86
5.12.1 Crioconservazione degli ovociti 86
5.13 I disturbi dello spettro autistico.....86
5.13.1 Percorsi integrati di presa in carico lungo tutto l'arco di vita 87
5.13.2 Diagnosi precoce e accesso uniforme ai servizi.....87
5.13.3 Rete regionale per l'età adulta 88
5.13.4 Autonomia, residenzialità e "Dopo di noi" 88
5.14 Disturbi d'ansia dell'età evolutiva: il mutismo selettivo 89
5.15 Cure palliative e terapia del dolore 89
5.16 Assistenza spirituale e religiosa nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie, assistenziali e nei servizi domiciliari di cure palliative.....90
5.17 Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione 91
5.17.1 Dietologia e nutrizione clinica 92
5.18 Hikikomori 92
5.19 Fibromialgia 92

5.20 Fibrosi cistica 93
5.21 Endometriosi 93
5.22 Vulvodinia e dolore pelvico cronico: riconoscimento e presa in carico 94
5.23 La Rete piemontese per le malattie rare 94
5.24 La Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.....95
5.24.1 Rafforzamento dei PDTA oncologici, centralizzazione delle competenze e superamento definitivo della frammentazione assistenziale.....96
5.24.2 Multidisciplinarità nei percorsi BRCA.....97
5.24.3 Tavolo tecnico permanente BRCA 97
5.25 La Rete regionale pediatrica.....97
5.26 Trattamento riabilitativo delle persone con lesione del midollo spinale.....98
5.27 Sovrappeso e obesità.....98
5.28 Potenziamento dei servizi per anziani non autosufficienti 99
5.29 Assistenza domiciliare avanzata (ADA) 100
5.30 Ottimizzare l'assistenza a minori e famiglie in difficoltà 100
5.31 Screening prenatale non invasivo 102
5.32 Diffondere interventi di prevenzione e promozione della salute..... 102
5.33 Adeguamento di servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL) 103
5.34 Prevenzione delle malattie infettive e infezioni sessualmente trasmissibili 103
5.35 Prevenzione delle patologie cronico-degenerative legate a fattori ambientali e stili di vita 104
5.36 Screening neonatale esteso 104
5.37 Potenziare l'assistenza sanitaria penitenziaria con il supporto delle nuove tecnologie 105
5.38 Rete regionale per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza 107
5.39 Internalizzazione dell'Attività di Società assistenza acuzie e post acuzie s.p.a (SAAPA) nell'ASL TO4..... 107
5.40 Tutela radiologica dei professionisti sanitari..... 108
5.41 Promozione della salute della donna nel climaterio e nella menopausa 108

CAPITOLO 6 Integrazione socio-sanitaria 110
6. Integrazione socio-sanitaria 111
6.1 Percorsi assistenziali condivisi tra ASL, comuni e servizi sociali..... 111
6.1.1 Partecipazione del Comitato dei sindaci e dei Consorzi socio-assistenziali ai Piani delle attività territoriali..... 112
6.2 Collaborazione con il terzo settore 112
6.3 Sviluppo di équipe multidisciplinari per pazienti fragili e non autosufficienti..... 112
6.4 Riorganizzazione dipartimentale e valorizzazione delle professioni sanitarie 113
6.4.1 Il Dipartimento Socio-sanitario 113
6.4.2 Il Dipartimento Assistenziale..... 113

CAPITOLO 7 Innovazione e digitalizzazione 115

7. Innovazione e digitalizzazione 116
7.1 Potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 116
7.2 Diffondere la telemedicina per il monitoraggio dei pazienti cronici 117
7.3 Sviluppare piattaforme basate su IA per l'analisi dei dati sanitari 118
7.4 Estensione della cartella clinica elettronica e della prescrizione farmaceutica dematerializzata 120
7.4.1 Digitalizzazione delle prescrizioni e dei Piani Terapeutici (PT) 121
7.5 Digitalizzazione dei percorsi di prenotazione e gestione delle liste di attesa 122
7.5.1 Accesso sperimentale di MMG e PLS al sistema CUP per la prenotazione diretta 123
7.6 EHDS – EDS: l'interoperabilità e la condivisione dei dati sanitari 123
7.7 Farmaci: miglioramento dell'appropriatezza 124
7.8 Cybersecurity e trasformazione digitale del sistema socio-sanitario regionale 124

CAPITOLO 8 Investimenti in edilizia sanitaria 127
8. Investimenti in edilizia sanitaria 128
8.1 Il contesto 128
8.2 L'evoluzione della rete ospedaliera 129
8.3 Valorizzazione delle strutture sanitarie di ispirazione religiosa no-profit nel SSR 130
8.4 La programmazione dei nuovi ospedali 131
8.5 Alcuni esempi di presidi ospedalieri 133
8.5.1 Il presidio di Galliate e l'integrazione con la Città della salute e della scienza di Novara 133
8.5.2 Il presidio di Acqui Terme 133
8.5.3 Il presidio plurisede di Asti 134
8.6 Valorizzazione di S.C.R. Piemonte S.p.A. quale general contractor pubblico per la realizzazione del Piano straordinario di edilizia ospedaliera regionale 134

CAPITOLO 9 Governance 136
9. Governance 137
9.1 Il nuovo modello di governance 137
9.1.1 Definizione di linee guida di governance per CdC, COT e OdC 138
9.2 L'ecosistema sanitario regionale 138
9.3 Il posizionamento del SSR nel SSN 139
9.4 Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per l'erogazione dei LEA 140
9.5 Change management e innovazione 141
9.6 Creazione di un Osservatorio regionale sulla salute 142
9.7 Centro regionale di Risk Management 143

CAPITOLO 10 Monitoraggio e valutazione 145
10. Monitoraggio e valutazione: metodi e indicatori per la valutazione del SSN 146
10.1 Gli ambiti di valutazione 146

CAPITOLO 11 Quadro delle risorse e sostenibilità economica 148

11. Quadro delle risorse umane e sostenibilità economica 149
11.1 Risorse finanziarie e sostenibilità del sistema socio-sanitario 149
11.1.1 Il finanziamento del SSN 149
11.1.2 Il finanziamento del sistema socio-sanitario regionale 150
11.2 Criteri di ripartizione 150
11.3 Revisione e razionalizzazione della spesa sanitaria regionale 151
11.4 Valorizzazione delle risorse umane 152
11.5 Piano triennale del fabbisogno di personale 154
11.5.1 Dirigenti e medici sanitari 155
11.5.2 Le azioni necessarie per la valorizzazione del comparto amministrativo e tecnico 155
11.5.3 Le azioni necessarie per la dirigenza professionale tecnica e amministrativa 156
11.6 Partenariati pubblico-privati per nuove infrastrutture sanitarie 156
11.7 Ruolo dei soggetti erogatori privati accreditati e convenzionati 157
11.7.1 Autorizzazione 158
11.7.2 Accreditamento istituzionale 158
11.7.3 Stipulazione di specifici accordi contrattuali 158
11.8 Sistema di esenzioni e quote di compartecipazione 158

CAPITOLO 12 Formazione e ricerca 160
12. Formazione e ricerca 161
12.1 Formazione continua dei professionisti sanitari 161
12.2 Ricerca e innovazione nelle cure 162
12.3 Introduzione dell'Autopsia Virtuale (Virtopsy) nei servizi di Medicina legale 162
12.4 Collaborazione con università e centri di ricerca 163
12.5 Linee strategiche per la ricerca biomedica e clinica transazionale 163

CAPITOLO 13 Comunicazione e informazione 165
13. Comunicazione e informazione 166
13.1 Piattaforme digitali per facilitare l'accesso alle cure 166
13.2 Programmi di educazione sanitaria 167
13.3 Campagne informative ai cittadini 168
13.4 Corridoi umanitari sanitari 169
13.5 Anticorruzione e trasparenza 169
13.6 Proprietà industriale/intellettuale (PI): brevetti, modelli di utilità, marchi e diritti d'autore in Sanità 170
13.7 Collaborazione Giunta regionale – Fondazioni e Rete di Enti no-profit 172

CAPITOLO 14 Il Piano socio-sanitario della Regione Piemonte visto dal Welfare 174
14. Introduzione al PSSR visto dal Welfare 175
14.1 Assetto territoriale degli enti gestori 176
14.1.1 Ambiti territoriali sociali ed enti gestori afferenti 178
14.1.2 Finanziamento del Sistema di Welfare 179

14.1.3 Report rendicontazione annuale enti gestori e assegnazione risorse 180
14.1.4 Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali – LEPS 182
14.1.5 Monitoraggio dei LEPS 184
14.1.6 Aggiornamento LEPS secondo il Piano Nazionale Sociale 2024-2026 185
14.1.7 Spazio di lavoro e proposte 188
14.2 Attuazione dell'ente di gestione delle risorse sociali della Regione Piemonte 189
14.3 Disabilità nel PSSR 189
14.3.1 Spazio di lavoro e proposte 191
14.3.2 Assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità 192
14.4 Anziani non autosufficienti 192
14.4.1 Spazio di lavoro e proposte 194
14.5 Caregiver e familiari 195
14.5.1 Spazio di lavoro e proposte 196
14.6 Lotta alla povertà 197
14.6.1 Prospettive e obiettivi 198
14.7 Progetto sperimentale per minori affetti da patologie oncologiche 198
14.7.1 Prospettive e obiettivi 199
14.8 Invecchiamento attivo 200
14.8.1 Prospettive e obiettivi 201
14.9 Natalità 202
14.9.1 Prospettive e obiettivi 203
14.10 Immigrati vulnerabili e salute 204
14.10.1 Prospettive e obiettivi 204
14.11 Persone senza dimora 205
14.11.1 Prospettive e obiettivi 206
14.12 Servizi sociali per minori 207
14.12.1 Prospettive e obiettivi 208
14.12.2 Minori stranieri non accompagnati: servizi di tutela e coordinamento interistituzionale 208
14.13 Revisione dei requisiti delle strutture di accoglienza per minori 208
14.13.1 Prospettive e obiettivi 209
14.14 Promozione della salute nei centri per famiglie 210
14.14.1 Prospettive e obiettivi 211
14.15 Politiche di welfare abitativo 211
14.15.1 Investimenti nell'edilizia sociale 211
14.15.2 Interventi a sostegno di famiglie in disagio abitativo 212
14.15.3 Disciplina dell'edilizia residenziale pubblica e degli enti gestori 212
14.15.4 Fondo straordinario conguagli 213
14.15.5 Autorecupero 213
14.15.6 Prospettive e obiettivi 214
14.16 Servizio civile 214
14.16.1 Prospettive e obiettivi 215
14.17 Area adozioni 216

14.17.1 Finalità strategiche 216
14.17.2 Il contesto in cifre 216
14.17.3 Prospettive future 217

CAPITOLO 15 Stakeholder management 218
15. Stakeholder management 219
15.1 Modalità di partecipazione per stakeholder civici e sociali 219
15.2 Il ruolo delle associazioni del terzo settore 219
15.3 Il diritto alla partecipazione 220
15.4 Interventi proposti dagli stakeholder 220
15.5. Sintesi degli interventi 221
15.6 L'esame della proposta del Piano socio-sanitario regionale da parte del Consiglio regionale 224

PREMESSA

I. 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 regionale (di seguito PSSR).

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 PSSR, 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.

II. Persone e personale sanitario

Al centro del nuovo Piano sono presenti, 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 regionale 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, caregiver e personale ripensando le strutture sanitarie nell'ottica delle persone.

III. 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 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR): entro il 2026 avremo novantuno nuove Case della comunità, trenta Ospedali di comunità e quarantatré Centrali operative territoriali.

Inoltre, il nuovo PSSR introduce elementi di assoluta novità, come l'istituzione in ogni azienda sanitaria Locale (ASL) della figura del Direttore socio-sanitario, 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 funzionale territoriali, che garantiranno una copertura assistenziale più capillare e continuativa rispetto a oggi, dalle 8 alle 20 tutti i giorni, 7 giorni su 7, attraverso l'integrazione in rete e il lavoro di équipe 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.

IV. 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 Centro unico di prenotazioni (CUP) 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 (FSE), 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 e 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 applicazione "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 FSE, ritirare gli esiti di visite ed esami, scegliere e revocare il medico di medicina generale, prenotare e disdire le prestazioni e segnalare eventuali criticità.

V. La ricerca: i nuovi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

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 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (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.

VI. 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 PSSR. 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!

CAPITOLO 1
Introduzione

CAPITOLO 1

1. Introduzione

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, fermo restando le competenze in capo al Consiglio regionale previste dallo Statuto e dalle leggi. 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.

A tal fine, rilevato che l'attività di consultazione svolta dalla commissione consiliare competente è stata ampia e che le diverse osservazioni agli atti del Consiglio regionale offrono importanti elementi di riflessione, i contributi saranno tenuti presenti nella predisposizione dei singoli provvedimenti di attuazione. Il Consiglio regionale provvederà quindi a trasmettere formalmente alla Giunta regionale i documenti pervenuti dai consultati nonché i resoconti delle sedute della Commissione consiliare competente relativa alle consultazioni così che la Giunta possa tenerle in debito conto nella predisposizione dei provvedimenti di attuazione del Piano.

Saranno inoltre previste specifiche iniziative di comunicazione finalizzate a fornire indicazioni puntuali sulla disponibilità delle risorse e sull'organizzazione dei servizi, così da garantire una diffusione chiara, trasparente e uniforme delle informazioni a supporto della piena attuazione del Piano.

1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano 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:

a) universalismo: il diritto alla salute è riconosciuto a tutte le persone, senza distinzione di età, genere, reddito, provenienza o condizione sociale;
b) 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;
c) 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;

d) 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 sistemici 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 socio-sanitari, 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 Servizio sanitario regionale (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.**

1.2 Il layout della sanità regionale

La programmazione sanitaria, la gestione delle risorse e l'organizzazione dei servizi vengono attuati 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.

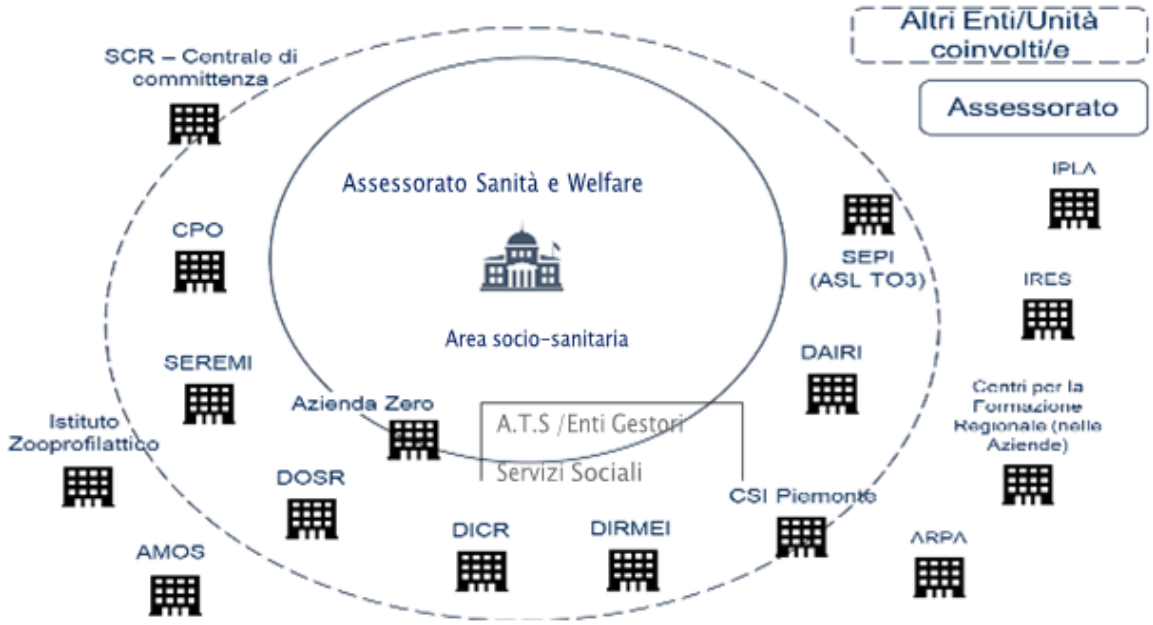


Figura: La sanità regionale: sintesi della visione d'insieme

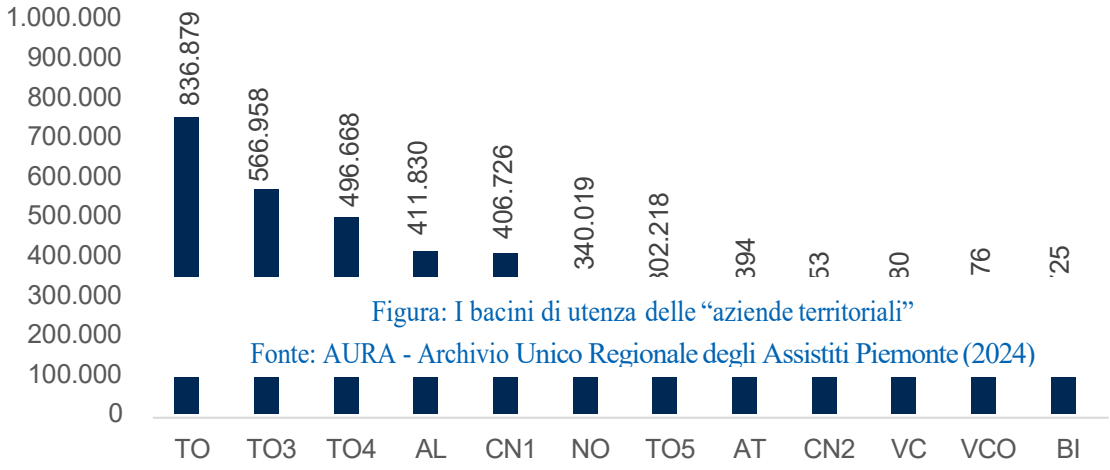


Figura: I bacini di utenza delle "aziende territoriali"

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

1.3 Il metodo di lavoro

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

a) 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);
b) adozione costante di **prospettive comparative**, sia tramite il confronto del sistema piemontese con altre regioni italiane o nel contesto internazionale, sia tramite le comparazioni tra le diverse province piemontesi e, quando utile, tra i distretti (analisi delle differenze);
c) 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);
d) **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 l'IRES) e i sistemi di valutazione nazionali attivati (Nuovo sistema di garanzia, Piano nazionale esiti) per disporre di solidi e riconosciuti sistemi valutativi (significatività delle metriche);
e) **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 Fascicolo sanitario elettronico;
f) **analisi dei dati di sistema e delle dinamiche ambientali** e loro interrelazione;
g) **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 online nella sezione "studi organizzativi" del sito istituzionale della Regione Piemonte, ha permesso di valorizzare gli studi e le ricerche svolte da tempo dalla Regione, gli atti programmatori già attivi e in corso di attuazione ,ad esempio, il piano dei nuovi ospedali, il piano di sviluppo dei servizi territoriali di cui al decreto ministeriale 77/2022 in attuazione del PNRR), 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) 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. In particolare, gli studi della "Rete erogativa e dimensionamento funzionale dei nuovi ospedali 2023" sono alla base per la stesura del PSSR.

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.

CAPITOLO 2
Analisi del contesto epidemiologico

CAPITOLO 2

2. Analisi del contesto epidemiologico. 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.

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 (v. tabella "Previsioni demografiche: bilanci demografici dal 2023 al 2050 - scenario mediano"). 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%).

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 dal contesto socioeconomico, occupazionale e ambientale. Le malattie croniche, come diabete, malattie cardiovascolari, oncologiche, neurodegenerative, 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**.

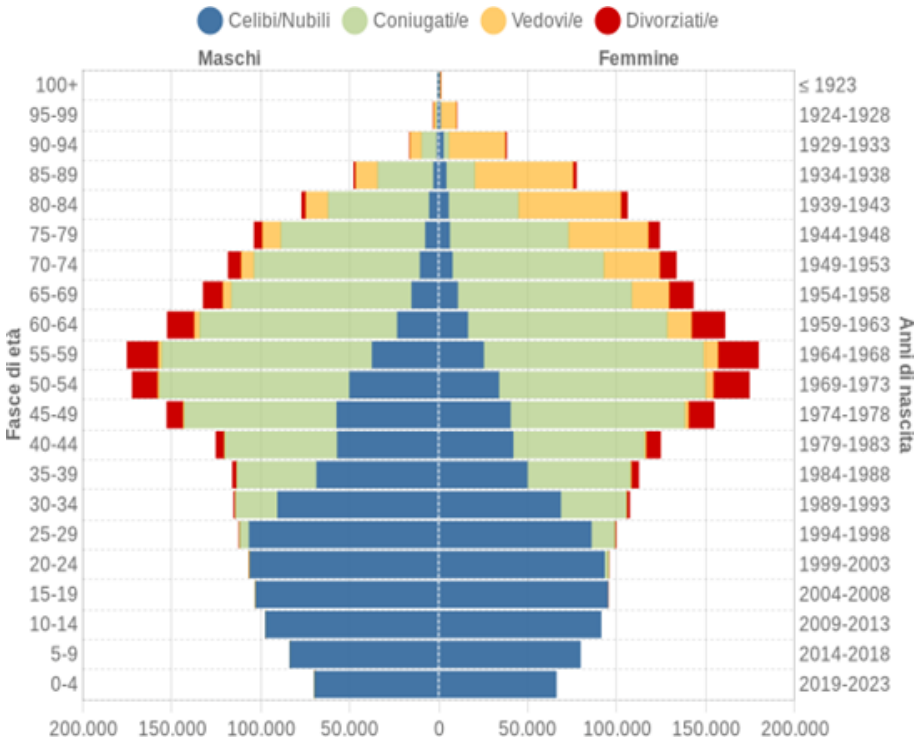
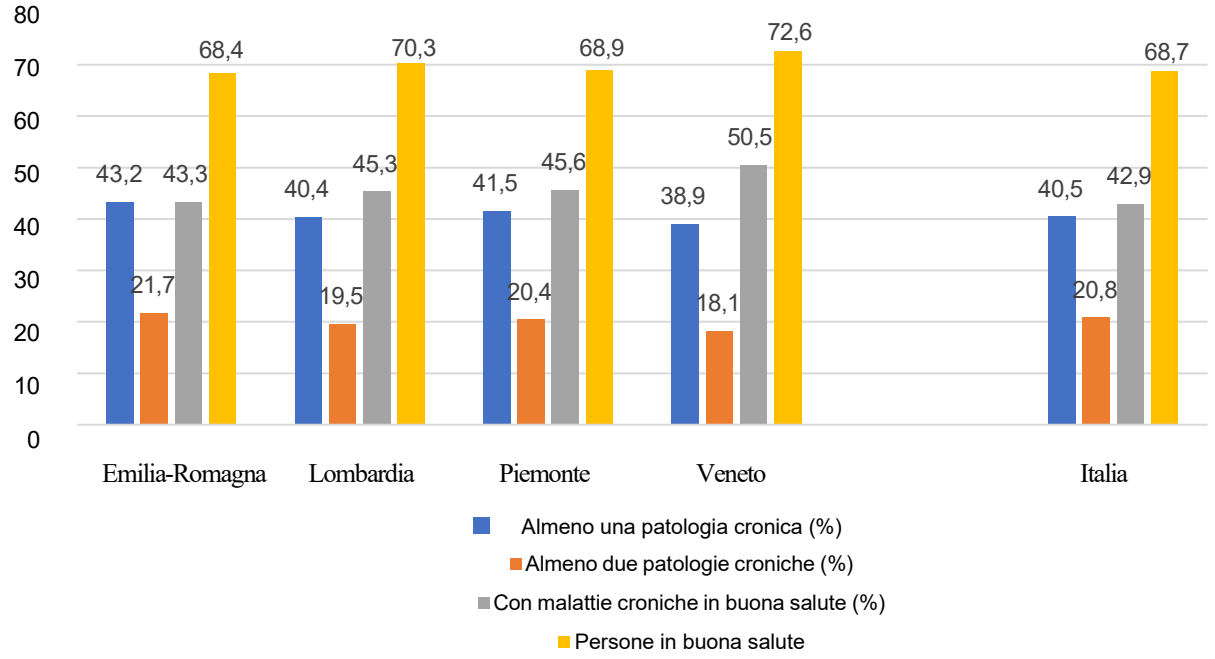


Figura - Piramide di età della popolazione piemontese (anno 2024)

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)



2.1 Malattie infettive e resilienza dei sistemi di sorveglianza

La sorveglianza delle malattie infettive rappresenta uno dei pilastri della prevenzione collettiva e costituisce un livello essenziale di assistenza.

L'esperienza recente della pandemia da Covid-19 ha evidenziato l'importanza della centralità di sistemi di sorveglianza digitali, tempestivi e interoperabili, capaci di integrare informazioni provenienti da fonti diverse (cliniche, laboratoristiche, ambientali, veterinarie) e di attivare rapidamente le risposte necessarie a tutela della salute pubblica.

L'obiettivo nei prossimi anni è pertanto quello di rafforzare la capacità del sistema sanitario della Regione Piemonte di prevenire, individuare precocemente e controllare la diffusione delle malattie infettive, in coerenza con le indicazioni dei principali strumenti normativi e programmatici nazionali ed europei (decreto del Ministero della salute 7 marzo 2022 "Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)", Piano nazionale prevenzione vaccinale, Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia (PNEMoRC), Piano nazionale arbovirosi, Piano nazionale AIDS, linee guida per tubercolosi e legionellosi, Regolamenti UE 2022/2371 e 2018/945, raccomandazioni ECDC).

Le azioni previste mirano, da un lato, a garantire la qualità e la tempestività delle notifiche obbligatorie, dall'altro a sviluppare sorveglianze tematiche e integrative per aree di priorità: vaccinazioni e malattie prevenibili da vaccino, infezioni respiratorie emergenti, arbovirosi e zoonosi, malattie a trasmissione alimentare, HIV e altre infezioni sessualmente trasmesse, tubercolosi e legionellosi.

Un'attenzione specifica è riservata alla digitalizzazione, con l'obiettivo di rendere disponibile una piattaforma per la notifica da parte dei sanitari di ospedali e territorio e dei laboratori di riferimento, del sistema regionale delle malattie infettive per il successivo inserimento su PREMAL e rendere interoperabili i sistemi regionali e i registri esistenti, e alla definizione di procedure operative uniformi per l'indagine dei focolai e la gestione della risposta rapida.

S’intende inoltre promuovere l’approccio integrato One Health, con il rafforzamento della collaborazione tra servizi sanitari, veterinari e ambientali, nonché valorizzare la formazione continua in field epidemiology, la comunicazione del rischio e il coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari.

Le attività di sorveglianza si pongono come strumento a supporto delle strategie di prevenzione: dai dati derivano, infatti, le azioni di offerta vaccinale, di informazione e counselling, e di protezione dei soggetti fragili.

Elemento distintivo e necessario per il raggiungimento dei risultati è la trasversalità: la sorveglianza delle malattie infettive sostiene e integra gli obiettivi di altri programmi Predefiniti, come ad esempio, l’eliminazione del morbillo e della rosolia, l’aumento delle coperture vaccinali, la promozione della salute e della comunicazione istituzionale, e si interfaccia con le azioni centrali di sanità digitale.

A tendere, l’attuazione del programma consentirà di consolidare un sistema regionale di sorveglianza epidemiologica ed eziologica più tempestivo, uniforme ed equo, riducendo le disomogeneità territoriali e aumentando la capacità di preparedness del Paese di fronte a emergenze epidemiche e pandemiche.

In questo senso, la gestione delle malattie infettive e la resilienza dei sistemi di sorveglianza non si sostituisce ai piani regionali settoriali, come ad esempio PRPV, PNA, PNEMoRC, Piano nazionale di contrasto all’antibiotico-resistenza (PNCAR), HIV e malattie a trasmissione sessuale, Piano pandemico, epatiti, né interviene sugli obiettivi specifici già previsti da ciascuno di essi, ma li integra rafforzando le capacità di sorveglianza e risposta in modo trasversale. Il macro-obiettivo si configura quindi come cornice comune che valorizza le sinergie tra i diversi strumenti programmatori, evitando sovrapposizioni e promuovendo un approccio coordinato e coerente alla prevenzione delle malattie infettive.

2.2 Rapporto uomo/ambiente e fauna selvatica

Il graduale incremento delle molteplici pressioni antropogeniche, come ad esempio, incremento demografico, espansione dell’agricoltura, sviluppo di infrastrutture, cambiamento climatico, agendo con sempre maggiore intensità, determinano l’alterazione, la frammentazione o la perdita di habitat naturali necessari alla vita delle specie selvatiche; d’altra parte, almeno nel contesto nazionale ed europeo, il miglioramento dello stato di conservazione dell’ambiente, con conseguente incremento distributivo di molte specie di fauna, aumenta i contatti tra l’uomo e la fauna selvatica.

Con la crescente presenza della fauna selvatica in ambienti profondamente alterati dall’uomo, sarà sempre più necessario essere innovativi e inclusivi, per garantire il pieno coinvolgimento sia di coloro che considerano la fauna selvatica esclusivamente come una minaccia sia di coloro che invece, per vicinanza, instaurano con gli animali selvatici dei rapporti che finiscono con snaturarne le caratteristiche. La profonda comprensione delle singole situazioni, dei contesti culturali ed economici e degli interessi delle parti coinvolte è un elemento essenziale per la gestione dei conflitti e per un’applicazione efficace degli interventi tecnici tesi a mitigare gli impatti.

Si ritiene, pertanto, necessario prevedere interventi di informazione ed educazione ambientale nelle scuole, in grado di creare le condizioni che promuovano una interazione positiva tra la società umana e l’ambiente in cui viviamo, inclusa la fauna selvatica; in tale contesto risulta altresì importante valorizzare il ruolo dei parchi, dei Centri per il recupero della fauna selvatica (CRAS), dei rifugi e di tutti coloro che, a vario titolo, collaborano nella gestione della fauna selvatica.

2.3 Salute e ambiente: i determinanti esterni

I determinanti ambientali rivestono un ruolo sempre più centrale nelle politiche di salute pubblica, influenzando in modo significativo morbosità, mortalità e qualità della vita.
In particolare, le criticità legate all'inquinamento atmosferico, alla presenza di contaminanti nelle matrici ambientali e all'esposizione a rischi fisici e chimici richiedono la messa in campo di strategie per ridurre gli impatti negativi sulla popolazione così come gli effetti dei cambiamenti climatici – che, con l'aumento della frequenza e dell'intensità delle ondate di calore estive, hanno mostrato un impatto rilevante sulla salute della popolazione anziana e fragile, con incremento della mortalità nei mesi più caldi e un aumento degli accessi in Pronto Soccorso.
L'inquinamento atmosferico ha un impatto significativo sulla salute, essendo una delle principali cause di morte prematura e di malattie in Europa. Aumenta il rischio di malattie cardiache, ictus, malattie polmonari e cancro ai polmoni, oltre a esacerbare problemi respiratori preesistenti come asma e bronchite cronica. Gli effetti dipendono dall'esposizione e dalla vulnerabilità individuale con bambini e anziani tra i più colpiti. Il tema della qualità dell'aria è di sicura priorità in Piemonte.
In Piemonte ci sono cinque Siti di interesse nazionale (SIN): Balangero, Casale Monferrato, Pieve Vergonte, Serravalle Scrivia e la zona di Cengio e Saliceto, condivisa con la Liguria. Questi siti sono stati riconosciuti a causa di contaminazioni ambientali significative e sono soggetti a procedure di bonifica. I SIN sono vaste aree contaminate dall'attività umana che presentano un elevato rischio per la salute umana e l'ambiente. Sono individuate dallo Stato per la necessità di bonifica a causa di livelli di inquinamento particolarmente elevati nel suolo, sottosuolo e acque, causati da una singola sostanza o da una miscela di sostanze chimiche.
L'aria, l'acqua, i suoli, gli agenti chimici e fisici (radiazioni, campi elettromagnetici, rumore), il cambiamento climatico possono rappresentare fattori che concorrono all'insorgenza di malattie, soprattutto tra la popolazione più vulnerabile.
Il Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) è stato istituito con decreto-legge 30 aprile 2022, n. 36 (Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)), proprio per concorrere agli obiettivi di prevenzione primaria, migliorare e armonizzare le politiche e le strategie per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche associate a rischi ambientali e climatici.
La Regione Piemonte, con deliberazione della Giunta regionale 4 dicembre 2023, n. 23-7841, ha istituito il Sistema regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS), per assicurare la gestione trasversale della biodiversità e della salute umana secondo un approccio integrato che considera la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema legate indissolubilmente (One Health), nella sua evoluzione di salute planetaria, intesa come equilibrio tra la salute della civiltà umana e lo stato dei sistemi naturali da cui essa dipende (Planetary Health).
I componenti del SRPS (sanità, ambiente, trasporti, agricoltura, aziende sanitarie regionali, ARPA e Istituto zooprofilattico sperimentale) si impegnano ad adottare strategie intersettoriali e integrate con i vari portatori di interesse.
I principali setting di attività si articolano come segue.

<u>Salubrità e sostenibilità degli edifici</u>

Il presente Piano intende promuovere e implementare buone pratiche sanitarie in materia di sostenibilità ed ecocompatibilità nella costruzione, ristrutturazione ed efficientamento energetico degli edifici anche in relazione alla presenza di sostanze chimiche, biologiche e fisiche.
Il Documento di indirizzo per la salubrità e sostenibilità di edifici ad uso lavorativo generico ha lo scopo di fornire un supporto tecnico scientifico ai progettisti, ai valutatori, agli enti di controllo e agli operatori del SSR

per promuovere la realizzazione o la ristrutturazione di edifici dotati di adeguati standard qualitativi per quanto attiene l'eco-sostenibilità e la salubrità dell'ambiente indoor.

Rischio esposizione a radiazioni

a) radon: il radon è un gas naturale radioattivo che si disperde rapidamente nell'atmosfera ma tende ad accumularsi negli ambienti chiusi dove può raggiungere concentrazioni dannose per la salute umana. La Giunta regionale, attraverso la collaborazione tra le Direzioni sanità e ambiente, realizza campagne di sensibilizzazione sul rischio radon in particolare nelle aree maggiormente interessate dalla sua presenza: viene aggiornata sul sito regionale una pagina dedicata;
b) apparecchiature radiogene: le ASL effettuano controlli sulle sorgenti di radiazioni ionizzanti, come ad esempio Raggi X, e non ionizzanti, come ad esempio apparecchiature UV-solarium, laser.

Rischi di esposizione ad amianto

Un fattore di rischio ambientale particolarmente importante sul territorio piemontese è l'amianto. La presenza di una grande cava di amianto a Balangero e dell'ex industria Eternit a Casale Monferrato, che produceva manufatti contenenti amianto, ha sempre posto al centro dell'attività di prevenzione regionale il problema della tutela della salute dei lavoratori e della popolazione dai rischi derivanti dall'esposizione.

Effetti sanitari in aree ad alta pressione ambientale

Per mitigare gli effetti sanitari in aree sottoposte a particolare pressione derivante da fattori ambientali, come, ad esempio, nei siti contaminati, il presente Piano promuove l'adozione di specifici interventi di prevenzione: in particolare, le attività di studio, monitoraggio ambientale e degli alimenti, biomonitoraggio sui soggetti esposti e presa in carico, avviate sulle aree dove è stato rilevato un inquinamento da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS), e le attività di supporto per la predisposizione della valutazione di impatto sulla salute (VIS) della tratta ferroviaria ad Alta Velocità Torino-Lione.

Strumenti per valutazione dell'impatto sulla salute

I Dipartimenti di prevenzione sono spesso chiamati ad esprimersi su procedimenti ambientali che, pur non rientrando nelle fattispecie previste dal decreto legislativo 104/2017, necessitano di una valutazione di impatto sanitario qualora le concrete evidenze istruttorie dimostrino la sussistenza di possibili pericoli per la salute pubblica. Il documento "Indirizzi e criteri regionali per l'applicazione della valutazione di impatto sanitario in procedimenti ambientali e in piani e programmi regionali" di cui alla determinazione dirigenziale 19 dicembre 2023, n. 1930, offre un supporto per riqualificare le valutazioni preventive fornendo indicazioni puntuali e complete al fine di sviluppare adeguatamente la componente salute nell'ambito delle procedure di valutazione di impatto ambientale.

Strumenti per la valutazione della salutogenicità dell'ambiente urbano

I Dipartimenti di prevenzione sono spesso chiamati ad esprimere pareri nell'ambito di procedimenti di VAS (varianti urbanistiche, modifiche al Piano regolatore generale comunale (PRGC), interventi di riqualificazione e rigenerazione): tali interventi rappresentano un'occasione per orientare scelte verso un guadagno di salute e una maggiore attenzione agli aspetti che più contribuiscono a migliorare la salutogenicità dei contesti di vita.

Rischi da esposizione a sostanze chimiche

Il Regolamento (CE) n. 1907/2006, cosiddetto REACH, è una normativa integrata per la registrazione, valutazione e autorizzazione delle sostanze chimiche, che mira ad assicurare un maggiore livello di protezione della salute umana e dell'ambiente, contribuendo al contempo a mantenere e rafforzare la competitività e le

capacità innovative dell'industria chimica europea. Il Piemonte si dota annualmente di un Piano regionale dei controlli (PRC) su tali ambiti di rischio, svolti in collaborazione con le aziende sanitarie e l'ARPA, e di un programma di informazione e formazione sul tema della valutazione e gestione del rischio chimico.

Progetto "Aria outdoor e salute. un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca"

La Regione Piemonte partecipa al progetto interregionale "Aria outdoor e salute: un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca" che ha l'obiettivo di sostenere la capacità regionale di valutare l'impatto dell'inquinamento dell'aria sulla salute e contestualmente rendere più informati i processi decisionali in questo ambito. Il progetto prevede la costruzione di un Atlante nazionale/regionale su qualità dell'aria ed esiti di salute, digitale, facilmente consultabile e aggiornabile nel tempo, come strumento a supporto della governance.

2.4 Equità, coesione e riduzione delle diseguaglianze

Il SSR affronta queste tematiche mediante un approccio di promozione della salute multidisciplinare che, grazie a collaborazioni e alleanze intersettoriali nelle politiche e negli interventi, finalizzate a creare delle convergenze intersettoriali, consenta l'instaurarsi di sinergie per il miglioramento dei risultati di salute, benessere ed equità.

I principali ostacoli sono rappresentati dai determinanti sociali, ambientali, commerciali e digitali delle malattie cronico-degenerative e quelli correlati alla salute mentale ossia al benessere fisico, emotivo, psicologico, sociale e spirituale.

Per tradurre nella pratica professionale la mitigazione dell'effetto negativo di questi determinanti, particolare rilievo assumono le evidenze emerse da "CONNESSIONI" (2024), un laboratorio di visioning effettuato dal centro di documentazione regionale per la promozione della salute (Dors). Si fa riferimento a quegli interventi di prevenzione delle malattie cronico-degenerative e dei disturbi relativi al benessere mentale e la promozione di comportamenti tutelanti la salute, quali attività fisica, alimentazione, vaccinazioni, screening, che, con costi sostenibili per il sistema, sono in grado di ridurre il carico di malattia e le disuguaglianze.

Dal punto di vista della programmazione, pertanto la promozione della salute può, attraverso la riduzione del carico di malattia, diminuire la necessità di ricorrere a prestazioni sanitarie complesse e costose, contribuendo quindi ad alleviare la pressione sulle liste d'attesa e a migliorare l'efficacia e l'efficienza del SSN.

Inoltre, l'incremento delle competenze e conoscenze personali, reso possibile dall'alfabetizzazione alla salute (health literacy), può consentire alle persone di meglio comprendere e utilizzare le informazioni e i servizi migliorando quindi anche l'appropriatezza della domanda di prestazioni sanitarie e la richiesta di politiche salutogeniche con un impatto favorevole sul guadagno di salute e la riduzione dell'impatto economico.

Con il presente Piano ci si impegna a sostenere l'epidemiologia, definendo le priorità, valutando gli esiti terapeutici e la loro distribuzione territoriale.

CAPITOLO 3
Principi e valori guida

CAPITOLO 3

3. Principi e valori guida

Il Sistema sanitario regionale (SSR) 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 SSR 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:

a) **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;
b) **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;
c) **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;
d) **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.

3.1 Le principali sfide

Il sistema socio-sanitario regionale si trova oggi ad affrontare una fase di profonda trasformazione, determinata da cambiamenti strutturali, demografici, tecnologici e organizzativi che ne mettono alla prova la capacità di garantire servizi efficaci, equi e sostenibili. In questo contesto, il Piano individua alcune sfide prioritarie:

a) 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;
b) 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;
c) il **rapido emergere di conoscenze e tecnologie dirompenti**: 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;
d) 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);
e) la **criticità del numero di personale e di vocazione**, nell'ambito delle professioni sanitarie, con particolare riferimento al personale infermieristico;

f) la **disponibilità di big data** e la capacità di analizzarli e visualizzarli. Questo consente di:
    1. conoscere i consumi dei cittadini con elevata granularità;
    2. rilevare situazioni di over e under treatment;
    3. intervenire proattivamente laddove si ravvisi un potenziale pericolo o danno per il paziente;
g) 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;
h) alla luce delle recenti criticità emerse in Piemonte e in coerenza con le linee guida regionali approvate con deliberazione della Giunta regionale 11-8042/2023, si introduce un sistema rafforzato di controlli sull'attività libero-professionale intramuraria. Le aziende sanitarie devono garantire la piena tracciabilità dell'ALPI, la separazione contabile, il rispetto dell'equilibrio economico e la conformità ai volumi istituzionali. È richiesta la pubblicazione periodica dei dati relativi a sedi, tariffe, tempi di attesa, volumi e bilanci ALPI. L'utilizzo di sedi esterne deve essere rigorosamente autorizzato e monitorato, con verifica dei requisiti e sospensione in caso di irregolarità. L'Organismo paritetico ALPI esprime il ruolo di analisi di revisione periodica. Le aziende devono adottare controlli automatici sulle timbrature e sugli orari per prevenire sovrapposizioni tra attività istituzionale e libero-professionale, nonché monitorare l'esercizio dell'ALPI nei periodi di ferie. Tali misure concorrono a tutelare la trasparenza, l'equità e il corretto funzionamento del servizio sanitario pubblico.

Da qui emerge l'esigenza di:

a) informare e coinvolgere il cittadino nel percorso di prevenzione e di cura;
b) armonizzare le prestazioni sanitarie e ridurre il "consumismo sanitario" attraverso la medicina di iniziativa;
c) usare in modo responsabile le risorse disponibili secondo i principi di efficienza ed efficacia;
d) superare l'attuale frammentazione del welfare per rispondere a bisogni di salute sempre più complessi e interconnessi mediante un governo unitario delle interdipendenze orizzontali;
e) aumentare la coesione del SSR e gestire efficacemente le interdipendenze con servizi sociali e servizi socio-sanitari grazie a una governance integrata.

3.2 Autonomia e responsabilità alle aziende sanitarie regionali (ASR)

Il presente Piano riconosce una forte autonomia gestionale alle 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.

3.3 La mission

Il **sistema socio-sanitario piemontese** si conferma, nel panorama nazionale, come una delle espressioni più solide ed efficaci del SSN. 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.

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.

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, **con il presente Piano si rafforza la capacità di risposta, adottando una visione strategica orientata all'innovazione, all'equità e alla sostenibilità, in coerenza con i principi fondanti del SSN.**

3.4 La vision

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 PSSR 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.

3.5 Equità e geografia dei servizi: i 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, quali 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, ovverosia 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 quali salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria infantile, consultorio, igiene e sanità pubblica) e la filiera socio-sanitaria (ADI, CdC, OdC, RSA).

All'opposto, per situazioni 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. La distanza deve essere gestita per garantire equità, mitigandola con mix di logiche di servizio da remoto, équipe degli hub di competenze integrate, collegamenti tra ospedali Hub e Spoke.

Statisticamente, l'evento specialistico di rilievo compare poche volte nella vita e il tempo della erogazione della cura deve essere contenuto, per esiti più efficaci e più sicuri, anche con moduli assistenziali pre e post specialistici di prossimità. Il principio dell'equità impone peraltro di valutare con attenzione quale sia l'ambito di cura più coerente con le esigenze del paziente, accompagnandolo al setting più efficace, sostenendo il paziente e il 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 alla 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 responsività di pazienti e cittadini.

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

3.6 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.

Questa prospettiva è un 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) (vedi paragrafo 7.6)e delle nuove infrastrutture digitali regionali, abilitando modelli predittivi e azioni di sanità pubblica sempre più tempestive, personalizzate e sostenibili.

3.7 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:

a) studio delle cause di una malattia, del loro meccanismo di azione, della sintomatologia;
b) diagnosi;
c) prevenzione;
d) risposta al trattamento;
e) appropriatezza;
f) 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.

Con il presente Piano si intende promuovere e sviluppare ulteriormente questo approccio con la creazione di un Centro di coordinamento regionale di medicina di genere, con la volontà di diffondere ed applicare la medicina di genere nel SSR con un modello organizzativo di rete capillare sul territorio. Il Centro di coordinamento regionale di medicina di genere predispone annualmente una programmazione e~~d~~ un monitoraggio relativi ai percorsi sanitari e promuove azioni di formazione, informazione e comunicazione, con priorità di interventi sulla cardiopatia ischemica acuta femminile e sull'osteoporosi maschile, che sono entrambi di particolare rischio a causa dei bias di genere, è dunque fondamentale che i Percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) siano declinati in un'ottica di genere.

3.8 La violenza di genere

La violenza di genere rappresenta un'emergenza anche sotto l'aspetto sanitario per la quale sono previste precise linee guida nazionali per le aziende sanitarie, che sono parte integrante delle reti territoriali antiviolenza. È dunque necessario con un nuovo PSSR:

a) definire protocolli operativi, a tutela e a sostegno tanto delle donne vittime di violenza quanto dei loro figli, vittime di violenza assistite quanto degli uomini autori di violenza;
b) potenziare il ruolo attivo dei MMG e dei pediatri sia nel diffondere le corrette informazioni, sia nel rilevare manifestazioni fisiche e attitudinali della violenza agita, soprattutto in ambito domestico, e della violenza assistita, come ad esempio integrare domande sulla violenza nella storia clinica abituale sempre e non solo in casi di segnalazione specifica, come indicato dall'OMS;

c) promuovere azioni volte alla corretta informazione rispetto all'educazione affettivo sessuale rivolte a tutta la popolazione;
d) mappare e monitorare i percorsi di codici rosa in tutte le strutture piemontesi.

CAPITOLO 4
Obiettivi strategici

CAPITOLO 4

4. Obiettivi strategici

La Regione considera le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere il perno e il fulcro del sistema.

Vengono riconosciuti anche i presidi veterinari come parte del sistema, integrato nell'approccio One Health. Per questo la Regione si impegna ad ampliarne e migliorarne i servizi. Con le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere e i presidi veterinari pubblici 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-aziendali 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 versus 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 e 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.

Le direttrici strategiche del Servizio sanitario regionale (SSR) si muovono lungo tre assi principali: efficacia, equità e sostenibilità. Per quanto riguarda l'efficacia, e cioè la capacità di fare ciò che funziona, e di misurarlo, il Piemonte deve orientare il sistema verso interventi che producano risultati misurabili in termini di salute e qualità delle cure, attraverso un potenziamento dei PSDTA e il monitoraggio sistematico degli esiti di salute. La conoscenza del profilo epidemiologico della popolazione assistita e degli indicatori riferiti a bisogni ed esiti di salute rappresenta quindi il presupposto per una corretta programmazione sanitaria. Le attività per la definizione dei profili di salute con la partecipazione delle comunità, gli studi epidemiologici e le analisi statistiche esistenti devono essere utilizzati in modo esplicito e finalizzato a sostenere adeguate scelte programmatorie.

Lo sviluppo di reti coordinate di servizi che integrino ospedale e territorio, l'innovazione clinica e tecnologica e la valorizzazione delle competenze professionali rappresentano gli strumenti per raggiungere i risultati di salute prefissati.

La sostenibilità, legata alla capacità di usare al meglio le risorse presenti, riguarda l'equilibrio economico e l'uso appropriato delle risorse, attraverso il governo della spesa e dell'appropriatezza delle prestazioni, la riorganizzazione della rete ospedaliera, la digitalizzazione come leva di efficienza e l'integrazione socio sanitaria.

Nell'ambito dell'integrazione tra sociale e sanitario, si riconosce il ruolo di enti gestori e ambiti territoriali sociali e il coinvolgimento strutturato di ANCI e comuni nei tavoli operativi.

4.1 Potenziamento dell'assistenza territoriale

Nel tempo, è stata sviluppata 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 trentatré Distretti sanitari, si aggiungono oggi i nuovi setting territoriali previsti dal decreto ministeriale 77/2022, recepiti dagli atti regionali e finanziati nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR): novantuno Case della comunità (CdC), trenta Ospedali di comunità (OdC) e quarantatré Centrali operative territoriali (COT).

Tali presidi, sebbene già finanziati, necessitano ora di consolidamento sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Ciascuna ASL 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 77/2022 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.

Per l'erogazione dei setting assistenziali previsti dal decreto ministeriale 77/2022 sono state create a livello nazionale linee di investimento finalizzate alla realizzazione degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR e per i quali la Regione Piemonte, prima con deliberazione del Consiglio regionale 22 febbraio 2022 n. 199-3824, ha approvato la programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle aziende sanitarie locali con localizzazione dei siti delle Case della comunità, Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali e, da ultimo, con deliberazione della Giunta regionale del 10 dicembre 2025 n. 26-1960, ha predisposto un dettagliato piano operativo regionale. Al fine di valorizzare tutta l'attività svolta per la predisposizione del citato piano, si allega al presente documento (suballegato A1) lo stralcio del Piano operativo regionale, relativo al dettaglio delle strutture di prossimità e delle azioni previste per la medicina territoriale.

Il PNRR, Missione 6 Salute mira, infatti, a potenziare e riorientare il Servizio sanitario nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due componenti:

a) reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale, con l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi di territorio, come le Case della comunità, Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali, rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
b) innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN, mira al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Attraverso il decreto di ripartizione programmatica delle risorse sono state quindi ripartite le risorse suddivise come segue tra i singoli interventi interessati:

a) Case della comunità e presa in carico della persona;
b) casa come primo luogo di cura e telemedicina;
c) implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
d) rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia con gli Ospedali di comunità;
e) ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero;
f) digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature;
g) verso un ospedale sicuro e sostenibile;
h) rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione;
i) reingegnerizzazione NSIS a livello locale;
j) Consultori di famiglia, Servizi di riabilitazione territoriale e Servizi di cure primarie;
k) sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere;
l) sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario con borse aggiuntive in formazione di medicina generale.

È infine necessario stabilire che le prestazioni di base programmate siano erogate prioritariamente nelle Case della comunità, nei poliambulatori e a domicilio, liberando risorse ospedaliere per acuzie e alta complessità.

4.1.1 Gli Ospedali di comunità

Gli Ospedali di comunità si caratterizzano per:

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

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

4.1.2 Le Centrali operative territoriali

Le Centrali operative territoriali, che si definiscono come "**registri e accompagnatori del percorso di cronicità e nel coordinamento dei piani assistenziali definiti**", si caratterizzano per le seguenti funzioni:

a) riduzione dei tempi di degenza impropria (bed blocking);
b) integrazione tra servizi di salute mentale, dipendenze e specialistica ospedaliera;
c) sviluppo della filiera dell'assistenza agli anziani;
d) pianificazione integrata della specialistica ambulatoriale, correlate con i Piani assistenziali individualizzati (PAI) per i pazienti cronici.

4.1.3 Le Case della comunità

Le Case della comunità si caratterizzano per:

a) 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;

b) 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**.

4.1.4 Le cure domiciliari

Hanno la funzione di:

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

La Regione si impegna tramite i Distretti ad assicurare le cure domiciliari su tutto il territorio regionale con tempistiche di presa incarico aderenti alla normativa.

4.1.5 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, le associazioni di volontariato e le realtà locali di advocacy.

La costruzione di una rete integrata socio-sanitaria 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:

a) finanziamento pubblico totale, in ambito sanitario e sociale;
b) finanziamento misto pubblico-privato, come nel caso delle RSA per anziani;
c) finanziamento prevalentemente privato;
d) 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. In questa prospettiva si intende valorizzare i Distretti come centri di governance territoriale. 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.

4.1.6 Modelli di assistenza flessibile per territori a bassa densità abitativa

Nei territori caratterizzati da dispersione abitativa o difficile accessibilità, la Regione promuove modelli di assistenza flessibili mediante unità sanitarie mobili, ambulatori itineranti, telemedicina e diagnostica di primo livello diffusa.

4.1.7 Potenziamento e capillarità dei consultori familiari

La Regione Piemonte riconosce i **consultori familiari pubblici** quali presìdi fondamentali della sanità territoriale, della prevenzione primaria, della promozione della salute e integrazione socio-sanitaria.
I consultori svolgono un ruolo di accompagnamento continuativo delle persone e delle famiglie nelle diverse fasi della vita, non limitato alla gravidanza o alla fase immediatamente successiva al parto, ma esteso al sostegno genitoriale, alla promozione di stili di vita salutari, all'educazione sanitaria e all'intercettazione precoce delle situazioni di fragilità. In tal senso, i consultori svolgono una funzione essenziale in adempimento agli istituti previsti dalla legge 22 maggio 1978, n. 194.

Al fine di garantire l'uniformità e l'equità di accesso ai servizi su tutto il territorio regionale, la Regione **prevede un piano di potenziamento capillare dei consultori familiari**, volto a:

a) **rafforzare la dotazione organica multiprofessionale** dei consultori familiari, garantendo in modo stabile la presenza di figure sanitarie e sociali essenziali, come ginecologhe/i, ostetriche/i, psicologhe/i, assistenti sociali e personale infermieristico;
b) **assicurare standard qualitativi omogenei** dei servizi consultoriali su tutto il territorio regionale;
c) **integrare i consultori familiari nella rete della sanità territoriale**, in raccordo con i distretti, le Case della comunità e i servizi socio-sanitari, valorizzandone il ruolo nella prevenzione, nell'educazione alla salute e nella presa in carico precoce.

La Regione promuove il rafforzamento del raccordo tra consultori, servizi sanitari territoriali, servizi sociali ed educativi, al fine di garantire percorsi di presa in carico integrata, accessibili e omogenei sul territorio. Garantisce, inoltre, una diffusione capillare dei consultori familiari su tutto il territorio della Regione.

4.2 Riorganizzare la rete ospedaliera

Con il presente Piano si intende valorizzare l'eccellenza clinica attraverso investimenti tecnologici e infrastrutturali già deliberati, all'interno delle progettualità di edilizia ospedaliera già pianificate.

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.

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 cardiochirurgia 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.

Le Aziende ospedaliere (AO) 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 Livelli Essenziali di Assistenza (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 dello 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 tramite la valorizzazione le vocazioni specifiche dei singoli presidi e rafforzando modelli di rete ospedaliera Hub&Spoke o Hub versus Spoke.

- **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.

La Regione si impegna a introdurre il servizio di Discharge Room, con l'obiettivo di agevolare il processo di dimissione dei pazienti dall'ospedale. Il personale della Discharge Room, in coordinamento con i reparti di degenza e con le Organizzazioni di volontariato (ETS), organizzano e gestiscono la fase di uscita dei pazienti dimessi che necessitano di un'ambulanza, di un pulmino attrezzato o che devono attendere l'arrivo di un mezzo privato.

Al fine di procedere nel sopra citato percorso di revisione e riqualificazione dell'offerta ospedaliera, sono state effettuate dettagliate analisi e valutazioni clinico-gestionali per consentire una ridefinizione chiara ed efficiente della rete erogativa piemontese.

Più precisamente:

a) l'analisi del contesto della rete erogativa, con definizione e dimensionamento appropriati di tutti i servizi, alla base della corretta organizzazione della rete sanitaria della Regione Piemonte e analisi preliminare del contesto di riferimento e delle esigenze cliniche, sanitarie e assistenziali che caratterizzano il bacino d'utenza, articolata in:
    1. analisi del contesto sociodemografico ed epidemiologico per rilevare il fabbisogno di salute rispetto alla struttura demografica, alle prospettive epidemiologiche e ai cambiamenti socioeconomici;
    2. analisi della politica sanitaria regionale e nazionale per inquadrare il progetto all'interno dello scenario istituzionale e regolatorio vigente, nel rispetto degli obiettivi di programmazione e dei vincoli esistenti;
    3. rilevazione dell'offerta della rete erogativa sanitaria;
    4. analisi dei livelli di performance della rete erogativa, con l'obiettivo di individuare le criticità presenti, quali carenze, ridondanze, sottodimensionamenti, sovradimensionamenti, inefficienze;
    5. analisi di mobilità sanitaria attiva e passiva per verificare i livelli di qualità, equità e disponibilità dell'offerta di servizi esistente;
b) le linee di indirizzo per il riordino della reta erogativa. La declinazione dei risultati prodotti dalle indagini preliminari consente di individuare i punti chiave dello stato di fatto e indirizzare, su base concreta e misurabile, le azioni di riordino per la rete erogativa sanitaria della Regione Piemonte, così articolata:
    1. identificazione delle caratteristiche della attuale rete erogativa sanitaria piemontese;
    2. definizione delle linee di indirizzo strategico per il riordino della rete.

I risultati di dettaglio sopra richiamati, meglio specificati nel documento presente nella sezione dati del presente Piano socio-sanitario, pubblicato sul sito ufficiale della Regione Piemonte, al link https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/organizzazione-strutture-sanitarie/studi-riorganizzativi sono stati utilizzati per la redazione del presente piano. Rappresentano la fotografia della rete ospedaliere per il periodo di riferimento 2019-2022.

Di dare mandato alla Giunta regionale di presentare, entro il 31 luglio 2026, al Consiglio regionale la proposta di aggiornamento della deliberazione della Giunta regionale 1/600, e di tutti i successivi provvedimenti programmatori, che preveda il potenziamento della rete ospedaliera, tenuto conto che il numero minimo 52 dei posti letto per singola ASR è rappresentato dai valori contenuti nella 1/600.

4.2.1 Consolidare reti inter-aziendali

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 tempo-dipendenti, 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:

a) **monitoraggio continuo della casistica** trattata per disciplina e per struttura;
b) **analisi dei differenziali di consumo** tra i diversi ambiti territoriali;
c) **studio dei case mix** prevalenti;
d) **verifica dell'equità di distribuzione** dell'accesso alle prestazioni e dei relativi tempi di attesa nonché dei risultati. Fondamentale è la necessità di valutare in maniera longitudinale la salute dei pazienti, per esempio attraverso i PTDA e la valutazione degli esiti. La valutazione longitudinale necessita dell'integrazione di dati tra ospedali e ASL diverse e tra il territorio e ospedale.

Tali strumenti sono essenziali per garantire una programmazione fondata sull'equità, sull'efficienza allocativa e sulla qualità delle cure, in un'ottica di rete sovra-aziendale realmente funzionale.

4.2.2 Riorganizzare OIRM Regina Margherita e Sant'Anna

I bisogni assistenziali dell'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-Sant'Anna 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, mentre l'attività relativa al Sant'Anna rimarrà come da progetto nell'edificio destinato alla CDSS. La nuova struttura sarà fisicamente collegata alla nuova CDSS, creando un sistema sanitario integrato ad alta specializzazione.

La collocazione della componente ostetrico-ginecologica nell'immobile 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 all'Azienda OIRM-Sant'Anna.

La nuova Azienda si configurerà come un polo materno-infantile di riferimento nazionale, ispirato a modelli consolidati a livello nazionale, rafforzando in modo sostanziale il percorso di sviluppo necessario al riconoscimento dell'Azienda come IRCCS, grazie all'integrazione strutturale delle attività cliniche, alla massa critica assistenziale e alla valorizzazione della ricerca traslazionale in ambito materno-infantile.

Le attività ostetrico-ginecologiche, incluse la ginecologia oncologica confluiranno nella nuova Azienda OIRM-Sant'Anna, e successivamente nel costituendo IRCCS OIRM-Sant'Anna, così come da deliberazione del Consiglio regionale 4 dicembre 2025, n. 133-26443 (Modifica della deliberazione del Consiglio regionale 19 dicembre 2023, n. 307- 27525 (Individuazione della nuova Azienda ospedaliera 'Ospedale infantile Regina Margherita' di Torino a seguito dell'accorpamento del presidio Sant'Anna all'Azienda ospedaliera infantile Regina Margherita (OIRM) e conseguente ridenominazione in "AO OIRM-Sant'Anna"). La Breast Unit continuerà a operare in maniera interaziendale su due sedi CDSS e OIRM-Sant'Anna, pertanto, il presente Piano modifica sul punto le premesse della deliberazione sopracitata.

4.2.3 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 le attività nelle strutture con maggiori competenze, al fine di assicurare sempre il più elevato livello di sicurezza per le pazienti e i neonati, con conseguenti miglioramenti negli esiti di salute.

4.2.4 Ripensare il sistema di Emergenza-Urgenza

La Regione Piemonte presenta importanti livelli di consolidamento delle proprie reti di Emergenza-Urgenza (traumatologia, neonatologica cardiologica, ictus). Tuttavia, le casistiche attualmente gestite sono da riconsolidare con la programmazione nazionale a livello territoriale e nelle strutture di Pronto Soccorso (PS).

Si rende quindi necessario ripensare il sistema di Emergenza-Urgenza per renderlo ulteriormente più appropriato, sostenibile, efficiente ed efficace da un punto di vista dell'esperienza degli utenti e dello sviluppo professionale dei professionisti.

4.3 Digitalizzazione e rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0

La digitalizzazione rappresenta un tema in rapida evoluzione all'interno di tutto il SSR, per il quale, tuttavia, non sono ancora disponibili flussi di 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:

a) 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;
b) 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;
c) investimento 1.3.1 – Componente 2: "**Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati (FSE – Fascicolo Sanitario Elettronico)**".

Il Piemonte sta lavorando per rendere il 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.

4.4 Centralizzare le funzioni: 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), sia funzioni di supporto organizzativo, come il trasporto sanitario e la gestione dei magazzini. Nel SSR piemontese 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.

Il valore aggiunto di queste iniziative riguarda:

a) i professionisti, che operano in ambienti con tecnologie più avanzate;
b) i pazienti, che beneficiano di servizi più efficaci, di alta qualità e specializzazione;
c) 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.

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 macrocategorie di beni caratterizzati da logiche ed esigenze gestionali differenti:

a) farmaci;
b) presidi medici chirurgici (dispositivi medici e materiale sanitario);
c) beni economali, tra cui:
    1. carburanti;
    2. cancelleria, carta e stampati;

3. prodotti alimentari;
4. materiale tecnico;
5. materiale di igiene;
6. 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:

a) farmacia;
b) acquisti;
c) logistica;
d) sistemi informativi;
e) reparto.

In questo contesto, la Regione Piemonte considera strategico prevedere lo sviluppo dell'Horizon Scanning, ovvero un sistema strutturato di identificazione precoce, valutazione e monitoraggio delle innovazioni tecnologiche e terapeutiche.

L'utilizzo del Horizon Scanning nella programmazione sanitaria regionale consente di anticipare l'impatto delle innovazioni, orientare in modo più efficace gli investimenti pubblici, migliorare l'equità di accesso alle cure e garantire un utilizzo razionale e sostenibile delle risorse disponibili, nel rispetto della normativa vigente.

4.5 Protocollo con il Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco per il soccorso aereo

Al fine di garantire la massima tempestività ed efficacia degli interventi di soccorso sanitario in ambiente montano, impervio o in scenari di protezione civile, la Regione Piemonte promuove la definizione di specifici protocolli operativi con il Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco (CNVVF) e con il sistema di emergenza-urgenza territoriale 118.

Tali protocolli sono finalizzati a:

a) garantire interoperabilità tra le centrali operative sanitarie, le sale operative dei Vigili del Fuoco e le strutture di protezione civile, mediante standard condivisi di comunicazione;
b) promuovere attività congiunte di formazione e addestramento, sia tecnico sia sanitario, per migliorare la sicurezza e la qualità degli interventi.

4.6 Centralizzazione del magazzino farmaceutico e razionalizzazione della logistica sanitaria del farmaco

La centralizzazione della funzione logistica ha rappresentato negli ultimi anni il modello preferenziale per l'ottimizzazione dei servizi di supporto alle principali attività produttive. Tra quelle citate nel paragrafo precedente, una delle più rilevanti per la Regione Piemonte sia in termini di dimensione economico-finanziaria sia in termini di benefici e risparmi direttamente riconducibili all'iniziativa, è certamente la **centralizzazione del magazzino farmaceutico e la razionalizzazione della logistica sanitaria del farmaco**.

Le scelte di centralizzazione tramite la gestione esternalizzata dei magazzini farmaceutici hanno visto una progressiva diffusione in molte regioni italiane, generando benefici di sistema tangibili, in quanto hanno

consentito di sfruttare le economie di scala sulle attività operative, di standardizzare e semplificare i processi operativi, di razionalizzare e uniformare le anagrafiche di prodotto, di ottimizzare e monitorare centralmente le scorte, i consumi e i livelli di servizio e di focalizzare le risorse e valorizzare i ruoli professionali.

L'attuale **modello logistico delle aziende sanitarie della Regione Piemonte è gestito secondo logiche non centralizzate.** La frammentazione in oltre 30 magazzini farmaceutici, distribuiti sia all'interno che all'esterno delle 41 strutture ospedaliere e l'assenza di un operatore specializzato nel campo della logistica sanitaria, che operi secondo metodologie consolidate, determinano un'abitudine, propria di organizzazioni che gestiscono autonomamente i propri processi logistici, che si concretizza in una gestione non ottimizzata (prassi operative locali, distribuzione di personale logistico non uniforme, disomogeneo livello di informatizzazione).

I benefici direttamente generati da un processo di centralizzazione e razionalizzazione della logistica del farmaco si riferiscono a:

a) **minimizzazione dei prodotti scaduti in magazzino**, direttamente impattante sulla voce di conto economico relativa agli acquisti;
b) **riduzione del costo del personale,** comportando non solo un alleggerimento delle spese, ma anche una più efficace allocazione delle risorse umane;
c) **dismissione o riconversione degli spazi di stoccaggio**, che abilita un riutilizzo delle infrastrutture esistenti all'interno degli enti del SSR;
d) **cessazione dei contratti di gestione esternalizzata,** che ad oggi possono essere causa di una frammentazione delle operazioni logistiche;
e) **valorizzazione del ruolo del farmacista**, con un accresciuto focus sulla professionalità e l'expertise nel settore;
f) **minimizzazione dell'impatto ambientale**, in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile definiti dall'ONU;
g) **conformità alla normativa vigente sui magazzini farmaceutici**, garantendo l'aderenza ai più elevati standard di qualità e sicurezza.

I benefici diretti precedentemente menzionati**,** porterebbero senza dubbio ad un **risparmio sulla spesa farmaceutica ancora più significativo rispetto ai costi cessanti nelle singole ASR.** I risparmi stimati rappresentano un'ottimizzazione economica nei diversi ambiti trattati: dalla minimizzazione dei prodotti scaduti in magazzino alla riduzione del costo del personale, sino alla dismissione degli spazi di stoccaggio. Tuttavia, è fondamentale riconoscere come questi risparmi, sebbene significativi, rappresentino solo una parte del potenziale di miglioramento che il citato processo di centralizzazione può offrire.

La crescente spesa farmaceutica, unita ai cambiamenti nel panorama sanitario e alle esigenze emergenti di una popolazione in evoluzione, richiede un approccio proattivo e flessibile nella gestione della logistica farmaceutica. Pertanto, è imperativo puntare non solo alla concretizzazione dei risparmi potenzialmente ottenibili, ma anche all'esplorazione e all'implementazione di ulteriori opportunità di risparmio e miglioramento che emergono.

Per queste ragioni, risulta quindi obiettivo prioritario e strategico procedere celermente ad attivare un processo di centralizzazione del magazzino farmaceutico e della razionalizzazione della logistica sanitaria del farmaco sull'intero territorio della Regione Piemonte.

4.7 Investimenti tecnologici e edilizia sanitaria

Sulla base dei 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.

Lo sviluppo tecnologico riguarda simultaneamente:

a) il rinnovo e la ridefinizione del portafoglio delle grandi apparecchiature;
b) 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;
c) l'introduzione di nuove logiche e strumenti clinici e operativi basati sull'AI.

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

Con il presente Piano si intende rafforzare gli investimenti in tecnologia e, al tempo stesso, promuovere una maggiore responsabilizzazione delle strutture aziendali nella definizione delle scelte in coerenza alle vocazioni dei singoli presidi e delle loro unità operative.

Peraltro, 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.

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 dalla Regione puntano a:

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

Con il presente Piano si intende 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.

Un importante sforzo programmatorio si focalizza sul tema dell'edilizia sanitaria.

Il programma di edilizia sanitaria comporta la realizzazione di 11 nuovi ospedali, 4 rigenerazioni o ampliamenti, 91 Case della 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 SSR più efficiente e sostenibile, con il presente Piano si intendono 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.

4.8 Liste e tempi di attesa

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

a) le prestazioni prescritte;
b) le prestazioni prenotate;
c) le prestazioni erogate e consumate.

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. Viene ulteriormente consolidato 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 (PNGLA) 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 a 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 del recepimento del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, così come convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107 (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'assestment 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.

Al fine di implementare il collegamento tra ospedale e territorio, la continuità delle cure e l'appropriatezza prescrittiva, verrà avviato un call-center/servizio telefonico dedicato ai MMG, aperto sui 5 giorni feriali, che consenta consulti specialistici telefonici, finalizzato a confrontarsi su approfondimenti diagnostici, valutazioni terapeutiche, e definire i percorsi di cura più appropriati per i propri pazienti.

La Regione si impegna a sviluppare PDTA omogenei a livello regionale, a seguito di opportuna mappatura ed eventuale ridistribuzione delle funzioni assistenziali.

4.9 Potenziamento dell'accesso ai luoghi di cura: il "Corpo logistico sanitario piemontese"

L'accessibilità ai servizi sanitari rappresenta una priorità trasversale per il sistema sanitario regionale, particolarmente rilevante nel contesto demografico e 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 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 integrerà con le numerose realtà di volontariato già esistenti nel settore dell'accompagnamento protetto dei malati al fine di coordinare il servizio.

Il CLSP 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.

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:

a) promuovere l'accesso equo e continuativo ai servizi sanitari, riducendo il rischio di abbandono delle cure;
b) rafforzare il ruolo del volontariato sanitario organizzato come parte integrante della rete di offerta;

c) sviluppare un modello di trasporto sanitario semplice, distinto dal trasporto sanitario in emergenza-urgenza, fondato su accompagnamento, programmazione e prossimità;
d) favorire l'integrazione tra sistema sanitario, sociale e terzo settore, valorizzando le esperienze locali e promuovendo percorsi di coprogettazione;
e) implementare strumenti digitali per la gestione dei flussi (prenotazioni, logistica, tracciabilità).

La Regione Piemonte si impegna a pubblicare e aggiornare, con cadenza annuale, un elenco esaustivo di tutte le associazioni di volontariato che effettuano trasporti non urgenti, indicandone tariffe e modalità.

4.10 Accessibilità universale al trasporto pubblico locale e alle infrastrutture di mobilità pubblica per le persone con disabilità e ridotta capacità motoria

La mobilità pubblica rappresenta un determinante essenziale di salute, autonomia e inclusione sociale. Per le persone con disabilità, con ridotte o impedite capacità motorie, per gli anziani e per tutte le categorie fragili, la possibilità di raggiungere in modo sicuro e autonomo gli snodi del trasporto pubblico è condizione indispensabile per accedere ai servizi sanitari, socio-assistenziali, educativi, lavorativi e comunitari.

Il Piemonte, caratterizzato da una rete di mobilità articolata tra trasporto ferroviario regionale e metropolitano, linee extraurbane su gomma, tramvie, reti urbane e nodi di interscambio, presenta un sistema di trasporto pubblico locale (TPL) che deve poter essere pienamente fruibile da tutti. L'accessibilità delle infrastrutture e dei servizi del TPL non è solo un tema di equità sociale, ma una componente strutturale del diritto alla salute e della vita indipendente.

Il PSSR 2025–2030 individua, pertanto, come obiettivo strategico la piena accessibilità del TPL piemontese. Tale obiettivo si articola lungo tre assi:

1. Programmazione integrata e collaborazione istituzionale

La Regione promuove un coordinamento sistematico con RFI, Trenitalia, GTT, i gestori del TPL extraurbano e le agenzie di mobilità, con l'obiettivo di contribuire alla programmazione degli interventi per l'accessibilità universale attraverso l'utilizzo delle risorse messe a disposizione dal Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e degli altri canali di finanziamento disponibili. In questo quadro, la Regione concorre, insieme ai gestori e ai proprietari delle infrastrutture, alla definizione delle priorità d'intervento e alla mappatura progressiva delle barriere architettoniche e comunicative presenti sulla rete. Particolare attenzione è rivolta ai territori più esposti a rischio di esclusione, incluse le aree interne e i comuni serviti dal Sistema ferroviario metropolitano.

2. Superamento delle barriere architettoniche e comunicative nel TPL

In coerenza con le normative europee e nazionali, il PSSR sostiene, nell'ambito delle risorse disponibili a livello ministeriale e nei limiti delle competenze regionali, interventi volti a favorire l'accessibilità dei nodi del trasporto pubblico, incluse stazioni, fermate e capolinea. Tali interventi comprendono l'adeguamento di marciapiedi e binari, l'installazione di ascensori e rampe, la realizzazione di piattaforme di accesso per autobus, percorsi tattili, servizi igienici idonei, segnaletica accessibile e sistemi audiovisivi e digitali fruibili da tutte le persone. La disponibilità di mezzi dotati di pedane, spazi riservati a persone a mobilità ridotta (PRM) e informazione accessibile costituisce uno standard minimo per assicurare pari opportunità di utilizzo dell'intero sistema.

3. Estensione e potenziamento dei servizi dedicati alle persone a mobilità ridotta (PRM)

La Regione sostiene, in raccordo con RFI, le imprese ferroviarie e i gestori del TPL, l'estensione dei servizi PRM sia nel trasporto ferroviario sia nel trasporto su gomma, favorendo l'assistenza qualificata nelle operazioni di imbarco, nei cambi di linea e negli spostamenti interni alle infrastrutture. Ciò include l'incremento della copertura nelle stazioni oggi prive del servizio e l'introduzione, nei principali nodi del TPL, di punti di assistenza integrata e sistemi di prenotazione coordinata.

La Regione sarà inoltre costantemente impegnata nell'individuare, intercettare e valorizzare tutte le forme di finanziamento disponibili a livello ministeriale, nazionale ed europeo, al fine di sostenere e accelerare gli interventi necessari per una piena fruizione universale del sistema di mobilità.

Il PSSR riconosce che l'accessibilità del TPL non è tema confinato alla mobilità, ma un elemento della programmazione socio-sanitaria volto a garantire continuità assistenziale, prevenzione della fragilità e accesso equo ai servizi essenziali. L'integrazione tra politiche della mobilità e strategie socio-sanitarie risponde alla necessità di non lasciare alcun cittadino in condizioni di svantaggio nell'accesso alle cure.

La Regione promuoverà forme di collaborazione strutturata, incentivi progettuali, monitoraggi periodici e un quadro di priorità per gli interventi infrastrutturali lungo l'intera rete del TPL piemontese, con l'obiettivo di costruire un sistema di mobilità realmente inclusivo, sicuro e coerente con i principi di universalità e non discriminazione propri del Servizio socio-sanitario regionale.

4.11 Prevenzione e promozione della salute

4.11.1 Il consolidamento dei Dipartimenti di prevenzione

La prevenzione si articola in tre aree:

a) l'identificazione ed il controllo dei determinanti di rischio nei luoghi di vita (salubrità dell'acqua, degli alimenti, le infezioni nell'uomo e negli animali, l'igiene dell'abitato, l'abuso di farmaci ad azione antimicrobica) e nei luoghi di lavoro (sicurezza sul lavoro, malattie professionali) in grado di avere un impatto sulla salute;
b) l'adozione di programmi vaccinali per ridurre le infezioni da virus e batteri e di programmi di screening per la diagnosi precoce di neoplasie;
c) la promozione di stili di vita, mediante azioni di literacy per migliorare la capacità di empowerment da parte dei cittadini, finalizzati a ridurre l'esposizione a fattori di rischio (fumo, alcol, incidenti stradali, cibi ultraprocessati) e a promuovere attività fisiche in grado di ridurre, in particolare nei pazienti cronici, l'insorgenza e lo sviluppo di malattie cronico-degenerative.

In ottemperanza alla normativa europea e a quella nazionale, i servizi dei Dipartimenti di prevenzione sono chiamati a svolgere attività di controllo finalizzate a ridurre situazioni e comportamenti che possono generare dei rischi per i cittadini o danni alle filiere produttive con conseguenti impatti negativi sull'economia del Paese.

Sono stabiliti a livello nazionale dei programmi che, per i diversi ambiti, prevedono l'effettuazione di audit e ispezioni, sia in presenza che da remoto, e il prelievo di campioni che vengono sottoposti a dei laboratori specializzati appositamente individuati.

I principali programmi che interessano i luoghi di vita riguardano:

a) la sicurezza delle acque potabili;
b) la sicurezza degli alimenti;

c) la salute degli animali e delle piante e il benessere degli animali con l'obiettivo di ridurre la diffusione delle malattie degli animali, in alcuni casi trasmissibili all'uomo, o degli organismi nocivi per le piante o per i prodotti vegetali, nonché di garantire la tutela dell'ambiente dai rischi derivanti da Organismi geneticamente modificati (OGM) o da prodotti fitosanitari;
d) la prevenzione delle infezioni ospedaliere e il contrasto dell'antimicrobico resistenza nella medicina umana, veterinaria e nell'ambiente;
e) le sostanze chimiche da parte delle aziende sia per la produzione di nuove molecole che per il loro utilizzo nei processi produttivi e nei prodotti;
f) la sicurezza delle piscine e dei luoghi di balneazione.

Per quanto riguarda i luoghi di lavoro, l'evoluzione tecnologica e sociale ha un impatto sulla complessità dei processi di lavoro e sulle dinamiche che determinano l'insorgere di infortuni e malattie professionali afferenti a problematiche strutturali, di processo, organizzative, procedurali e comportamentali, che richiedono un'evoluzione del sistema dei controlli e un aggiornamento continuo delle competenze. Risulta indispensabile affiancare il sistema dei controlli finalizzato a verificare il rispetto della normativa da parte del datore di lavoro con lo sviluppo condiviso tra servizi di controllo e imprese di buone pratiche che andranno sviluppate nell'ambito dei piani mirati di prevenzione.

È altresì indispensabile potenziare sul territorio regionale la rete della Medicina del lavoro per consentire l'erogazione di prestazioni qualificate ai lavoratori che ne abbiano l'esigenza e svolgere le attività di sorveglianza sanitaria sui soggetti esposti a determinanti di rischio, ad esempio amianto, previste dalla normativa vigente.

Per programmare le attività e tenere sotto controllo i risultati occorre rilanciare il sistema di sorveglianza epidemiologica che sia in grado di mettere a disposizione un quadro aggiornato dell'andamento degli infortuni e delle malattie professionali con l'analisi dei determinanti di rischio ad essi collegati (implementazione del sistema informativo).

Per svolgere i controlli e gestire i rischi in ottemperanza a quanto previsto dai LEA, i dipartimenti di prevenzione sono organizzati sulla base di servizi che afferiscono alle aree dipartimentali di sanità pubblica, di veterinaria e sicurezza alimentare e della sicurezza sui luoghi di lavoro, con dotazioni organiche che devono assicurare una multidisciplinarietà in grado di assicurare un approccio "One Health".

A supporto delle ASL, per la parte analitica è presente sia la rete regionale dei laboratori dell'Istituto zooprofilattico sperimentale del Piemonte, della Liguria e della Valle d'Aosta, che per alcune tematiche, quali le ricerche sull'antimicrobico resistenza e le malattie a trasmissione alimentare, svolge le proprie attività in modo integrato con la rete dei laboratori di sanità pubblica, sia i laboratori di ARPA Piemonte.

Il supporto tecnico-operativo per la gestione di situazioni di crisi in Regione Piemonte è assicurato dai Presidi multizonali di polizia e profilassi veterinaria (PMPPV), strutture a valenza sovrazonale di quadrante dotate di personale, apparecchiature e attrezzature necessarie a intervenire in situazioni di crisi come quelle rappresentate dai focolai di malattie infettive negli allevamenti.

Nell'ambito dei programmi vaccinali e di screening, la Regione Piemonte registra tassi significativi in termini di adesione a vaccinazioni e screening, con differenze territoriali rilevanti.

Per l'attuazione del piano regionale di prevenzione vaccinale, sono individuati sul territorio regionale, presso le ASL, una rete di centri vaccinali dotati di medici e infermieri appositamente formati; il Piano prevede inoltre per alcune tipologie di vaccinazioni il coinvolgimento di Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS) e farmacie.

Gli stili di vita, in particolare sedentarietà, fumo e consumo di alcol, si collocano nella media nazionale, ma risultano migliorabili, con variabilità tra territori. Le attività di promozione della salute prevedono un supporto di analisi epidemiologica finalizzato ad aggiornare lo stato di salute della popolazione avvalendosi anche dei risultati delle sorveglianze promosse dal Ministero della Salute (PASSI, OKKIO) e un ruolo strategico da parte dei Dipartimenti di Prevenzione.

La Regione Piemonte per le vaccinazioni garantisce il recepimento delle indicazioni scientifiche e organizzative nell'ambito dei gruppi di esperti individuati dalla Direzione sanità nell'ambito della normativa vigente. La Regione Piemonte, inoltre, attribuirà ai Direttori generali delle aziende sanitarie specifici obiettivi relativi alla vaccinazione delle persone fragili, anziane e affette da patologie croniche o oncologiche.

In coerenza con i principi dello Statuto regionale e con gli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione, la Regione Piemonte riconosce il ruolo fondamentale di un'alimentazione equilibrata per la salute e il benessere fisico e psicologico dei cittadini, in particolare dei bambini e degli adolescenti in collaborazione con i dietologi e con la rete dei servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione delle ASL.

Oltre a contribuire a fornire dati per gli studi epidemiologici, i dipartimenti sono chiamati a svolgere un ruolo di programmazione locale e di erogatori di prestazioni dirette tra le quali anche le certificazioni per la medicina dello sport e le certificazioni per l'accesso alle misure di invalidità effettuate dai servizi di medicina legale; nell'ambito delle attività assegnate devono diventare consulenti e interlocutori chiave per altri servizi e istituzioni.

La crescita della literacy sanitaria può essere più efficace attraverso lo sviluppo, con la regia della Direzione regionale, di alleanze con le imprese per i luoghi di lavoro, i comuni, le associazioni di categoria, le rappresentanze sindacali e le scuole.

Il rapporto uomo-animale rappresenta un ambito di crescente interesse nell'ambito socio-sanitario, in quanto riconosciuto come fattore in grado di favorire il benessere psicofisico della persona. In particolare, gli interventi assistiti con gli animali (IAA), possono costituire un valido supporto ai percorsi di cura e assistenza, con il loro valore terapeutico e riabilitativo, educativo e ludico-ricreativo.

L'accesso regolamentato degli animali nelle strutture di degenza, nel rispetto delle normative igienico-sanitarie e della sicurezza degli utenti, può inoltre agevolare un ambiente più accogliente e umanizzato, integrando in modo complementare le pratiche assistenziali tradizionali.

Al fine di favorire il benessere della persona, la prevenzione del disagio, il miglioramento della qualità della vita delle comunità locali e la tutela degli animali d'affezione, prosegue il sostegno alle attività degli ambulatori veterinari sociali (AVS) presso le ASL, quali erogatori di prestazioni veterinarie gratuite a favore di animali d'affezione detenuti da utenti in carico al sistema dei servizi sociali piemontesi per facilitarne la cura e il corretto accudimento.

In una visione di progresso sostenibile, che coniuga avanzamento della ricerca e tutela del benessere animale, risulta, inoltre, di grande rilievo la promozione dello sviluppo e dell'adozione di metodi alternativi alla sperimentazione animale, quali espressione di un approccio eticamente responsabile e orientato all'innovazione scientifica.

Le attività dei Dipartimenti di prevenzione devono essere oggi valorizzate in una prospettiva "One Health", capace di affrontare in modo trasversale e integrato le interazioni tra salute, animali, e ambiente. Questo approccio, reso ancora più urgente dai rischi emergenti per la salute derivanti dai cambiamenti ambientali e climatici, richiede che le funzioni di prevenzione si organizzino come un sistema capace di risposte multidisciplinari e multifattoriali ai bisogni dei cittadini.

Il Dipartimento di prevenzione, già deputato a individuare e rimuovere le cause di rischio e malattia di origine umana, animale e ambientale attraverso iniziative coordinate con distretti, aziende sanitarie locali e Ospedaliere ma anche comuni, scuole, associazioni di categoria, imprese, deve quindi evolvere in una struttura capace di integrare in modo più efficiente competenze diverse, valorizzandone la trasversalità.

Alla luce delle trasformazioni anche promosse dal PNRR e del decreto ministeriale 77/2022, che hanno previsto delle modifiche all'assetto della prevenzione collettiva e della sanità pubblica, diventa necessario attivare un percorso di riorganizzazione delle strutture e delle aree di afferenza: un modello aggregato e integrato che ottimizzi le risorse in un'ottica di potenziamento, renda più efficace l'azione preventiva e il raggiungimento dei LEA e semplifichi le attività amministrative, orientando strategicamente le professionalità, anche di carattere multidisciplinare, verso le funzioni chiave del Dipartimento di prevenzione.

4.11.2 Valorizzazione della figura dell'assistente sanitario

La figura dell'assistente sanitario, definita dal decreto ministeriale 17 gennaio 1997, n. 69, rappresenta un professionista sanitario dedicato alle attività di prevenzione, promozione della salute, educazione sanitaria, sorveglianza epidemiologica e partecipazione ai programmi di tutela della salute individuale e collettiva. L'assistente sanitario opera in modo integrato con i Dipartimenti di prevenzione, i servizi territoriali, le strutture scolastiche e comunitarie, contribuendo allo sviluppo di competenze diffuse nella popolazione e alla riduzione delle disuguaglianze di salute.

In coerenza con le strategie del Piano regionale della prevenzione e con la visione delineata dal PSSR, la Regione Piemonte intende rafforzare il ruolo dell'assistente sanitario quale professionista con competenze specifiche nell'educazione alla salute, nella promozione di stili di vita sani, nella prevenzione delle patologie croniche e nella comunicazione efficace delle informazioni sanitarie, anche in relazione ai bisogni delle persone fragili e dei gruppi più esposti a rischi sanitari e sociali, anche attraverso la promozione di corsi universitari e percorsi di formazione continua.

La Regione promuove inoltre, l'inserimento dell'assistente sanitario nelle Case della comunità e nei programmi di promozione della salute nelle scuole.

4.11.3 I progetti di odontoiatria solidale

Vengono riconosciute alle ASR 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 20 dicembre 2022, n. 25 (Disposizioni concernenti l'odontoiatria solidale).

4.11.4 Screening per il diabete di tipo 1 e la celiachia nella popolazione pediatrica

In coerenza con le indicazioni nazionali promosse dal Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, si provvede a realizzare lo screening rivolto alla popolazione pediatrica per la diagnosi precoce del diabete di tipo 1 e della celiachia, con l'obiettivo di:

a) prevenire l'insorgenza di chetoacidosi diabetica;
b) garantire un accesso tempestivo alle cure disponibili;
c) 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 FSE, 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.

4.11.5 Rafforzamento della rete regionale per la prevenzione e la presa in carico dell'obesità

La Regione Piemonte, riconoscendo l'obesità come patologia a elevato impatto sanitario e sociale, promuove un modello regionale integrato, multidisciplinare e di prossimità per la prevenzione, la diagnosi precoce e la presa in carico delle persone con obesità, in coerenza con il Piano nazionale della prevenzione 2020–2025 e con le indicazioni dell'Osservatorio nazionale sull'obesità e nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.
A tal proposito, si rende necessario costituire e consolidare la Rete regionale per la prevenzione e la cura dell'obesità, basata sul riconoscimento dell'obesità non solo come fattore di rischio, ma come malattia complessa, recidivante e multifattoriale. La Rete sarà strutturata secondo il modello Hub & Spoke, garantendo:

Governance e coordinamento regionale

Il Piano prevede:

a) l'attivazione di un Tavolo tecnico regionale integrato, con funzioni consultive sulle politiche regionali sull'obesità;
b) raccordo stabile tra assessorati, aziende sanitarie, enti locali, università, professionisti sanitari e associazioni delle persone con obesità;
c) diffusione e aggiornamento dei PDTA per la presa in carico dell'obesità e delle comorbidità;
d) definizione di indicatori di monitoraggio, a supporto della programmazione e della valutazione degli esiti;
e) allineamento dei percorsi regionali alle linee guida nazionali e internazionali.

Presa in carico integrata e prossimità territoriale

La rete regionale si fonda su un modello che coinvolge ospedali, servizi territoriali, Medici di medicina generale, pediatri, farmacie di comunità, nutrizionisti, psicologi e operatori dell'attività fisica.

Gli elementi cardine sono:

a) centri di I livello (Spoke) presso le Case della comunità e i Distretti per lo screening, la diagnosi di primo livello e il trattamento conservativo, in stretta integrazione con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta;
b) farmacie di comunità come punti di counselling, screening e orientamento, in raccordo con MMG e pediatri.
c) modello Hub & Spoke, con centri di II livello (Hub) ospedalieri multidisciplinari per la gestione delle obesità gravi, delle complicanze metaboliche e per la valutazione alla chirurgia bariatrica;
d) telemedicina, per follow-up, monitoraggio e coaching terapeutico tramite piattaforme digitali regionali.
e) screening sistematici in età pediatrica e adolescenziale, realizzati con scuole, Dipartimenti di prevenzione e servizi territoriali.
f) continuità assistenziale nel passaggio dall'età pediatrica all'età adulta (transizione), integrando funzionalmente la Rete con la pediatria e la neuropsichiatria infantile.

Prevenzione e promozione della salute

L'approccio adottato dal Piano è trasversale e intersettoriale, in coerenza con la strategia One Health. Sono previsti: programmi di educazione alimentare e motoria nelle scuole, con il coinvolgimento di famiglie e docenti; interventi nei luoghi di lavoro e nei contesti di maggiore vulnerabilità sociale; sviluppo delle "Palestre della Salute", spazi accessibili per attività fisica inclusiva e non stigmatizzante; campagne di comunicazione contro la discriminazione e lo stigma verso le persone con obesità; iniziative di prevenzione delle comorbidità metaboliche e cardiovascolari.

Formazione e aggiornamento professionale

Il Piano promuove percorsi formativi per:

a) medici di medicina generale e pediatri, per migliorare l'identificazione precoce dei pazienti a rischio;
b) specialisti, per l'aggiornamento sulle opzioni terapeutiche e sugli approcci multidisciplinari;
c) farmacisti e operatori sanitari, per integrare la valutazione del rischio metabolico e cardiovascolare;
d) reti professionali, per favorire la continuità assistenziale e la gestione integrata attraverso PDTA condivisi.

Obiettivo strategico regionale

Attraverso un approccio fondato sulla sanità di iniziativa, sulla prossimità e sull'integrazione dei servizi, il Piemonte intende rafforzare la prevenzione e la gestione dell'obesità come priorità di salute pubblica, riducendo le disuguaglianze di accesso e promuovendo un modello innovativo di presa in carico continuativa, centrata sulla persona e orientata agli esiti.

4.11.6 Aggiornamento criteri di rimborsabilità del monitoraggio glicemico

La Regione Piemonte, nell'ambito dello sviluppo della medicina di iniziativa e dei modelli di gestione proattiva dei pazienti cronici, aggiorna e potenzia i criteri di rimborsabilità dei sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio nei limiti della normativa nazionale e regionale vigente, potenzialmente ampliandone l'accesso a tutti i cittadini affetti da diabete trattati con terapia insulinica, inclusi quelli in trattamento con sola insulina basale. Tale aggiornamento ha l'obiettivo di favorire il miglioramento degli esiti clinici, promuovere la continuità assistenziale e potenziare i percorsi di telemedicina integrata, coerentemente con gli indirizzi del Piano e con le più recenti linee guida della società italiana di diabetologia (SID) e dell'Associazione dei medici diabetologi (AMD), aggiornamento ottobre 2025. L'intervento è finalizzato a garantire equità di accesso alle cure, uniformità territoriale e pari opportunità assistenziali.

4.11.7 Utilizzo dei dati nelle AFT e nei PDTA del diabete

Le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), nell'ambito del coordinamento multiprofessionale previsto dal Piano, possono adottare su base volontaria strumenti di monitoraggio in continuo del diabete come supporto alla stratificazione della popolazione, alla valutazione dell'aderenza terapeutica e alla personalizzazione dei percorsi di cura. I dati generati dai sistemi di monitoraggio costituiscono parte integrante dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) regionali del diabete, contribuendo alla riduzione degli accessi impropri e al miglioramento della programmazione dell'attività ambulatoriale.

4.11.8 Interoperabilità dei dati e Fascicolo Sanitario Elettronico

La Regione Piemonte promuove l'interoperabilità dei dati generati dai dispositivi di monitoraggio in continuo della glicemia utilizzati per la gestione del diabete all'interno delle piattaforme regionali, potenziando la piena integrazione con i sistemi informativi sanitari esistenti e con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Tale integrazione costituisce elemento essenziale per la telemedicina, il monitoraggio degli indicatori di outcome e la costruzione di percorsi assistenziali personalizzati e data-driven.

4.11.9 Prevenzione del carcinoma prostatico

La Regione Piemonte, nell'ambito delle strategie di prevenzione oncologica, promuove un programma regionale di informazione, diagnosi precoce e gestione integrata del carcinoma prostatico, con particolare attenzione agli uomini di età superiore ai 50 anni e ai soggetti a maggior rischio familiare o individuale nell'ambito della normativa nazionale vigente in corso di aggiornamento.

Il Piano prevede di:

a) realizzare campagne di comunicazione e sensibilizzazione, rivolte alla popolazione maschile, finalizzate a favorire la conoscenza dei fattori di rischio, dei sintomi e dell'importanza della diagnosi precoce;
b) rafforzare il ruolo dei Medici di medicina generale, tramite percorsi condivisi di counselling, valutazione del rischio individuale e indirizzo ai servizi specialistici;
c) promuovere l'accesso appropriato agli esami diagnostici, in particolare esame PSA e valutazione urologica, nel rispetto delle indicazioni delle linee guida nazionali e internazionali;
d) integrare il carcinoma prostatico nei PDTA oncologici regionali, garantendo uniformità clinica e omogeneità dei percorsi;
e) favorire la presa in carico multidisciplinare presso i centri di riferimento oncologici e urologici, con particolare attenzione alla personalizzazione dei trattamenti e alla qualità di vita delle persone;
f) promuovere interventi di prevenzione primaria, attraverso la diffusione di stili di vita salutari, attività fisica regolare e corretta alimentazione, in coerenza con gli indirizzi del Piano.

4.11.10 Prevenzione del suicidio

La prevenzione del suicidio è riconosciuta quale priorità trasversale del PSSR e richiede l'attuazione di interventi strutturali, continuativi e integrati, da realizzarsi attraverso il coordinamento tra i servizi di salute mentale, i servizi per le dipendenze, la medicina generale, i servizi per l'infanzia e l'adolescenza, il sistema scolastico e le realtà comunitarie territoriali.

In tale quadro, con il presente piano si orienta la programmazione regionale a:

a) consolidare e rafforzare la capacità dei servizi di intercettare precocemente il disagio psichico e i comportamenti a rischio, con particolare riferimento alle popolazioni maggiormente esposte a condizioni di vulnerabilità;
b) sostenere l'attivazione di percorsi di formazione specifica rivolti agli operatori sanitari e socioeducativi, finalizzati al riconoscimento dei segnali di allerta e alla gestione delle situazioni di rischio suicidario;
c) favorire l'implementazione di reti territoriali integrate e l'adozione di protocolli operativi condivisi, finalizzate a garantire una presa in carico tempestiva e appropriata delle persone con ideazione suicidaria o con precedenti tentativi, nel rispetto della continuità assistenziale e del coinvolgimento dei contesti di riferimento.

4.11.11 Palestre della salute

CONTESTO E MOTIVAZIONE

In una società caratterizzata da ipocinesia diffusa, fragilità immunitaria e cronicizzazione precoce delle condizioni degenerative, appare sempre più evidente la necessità di ricorrere al movimento razionale come strumento per contenere il disagio e promuovere l'agio in tutte le condizioni cronico-degenerative non geneticamente trasmissibili, nonché nelle diverse forme di fragilità, anche in attuazione della legge regionale 15 dicembre 2022, n. 22, (Iniziative finalizzate al benessere sociale attraverso l'esercizio fisico strutturato e adattato. Istituzione dei Percorsi e delle "Palestre della salute").

FINALITÀ E PRINCIPI

Le "Palestre della Salute" rappresentano un luogo di prevenzione e promozione della salute dove i cittadini possono seguire un percorso preventivo e di riabilitazione e rifunzionalizzazione corporea seguiti da professionisti con laurea magistrale in scienze motorie con indirizzo in attività motorie preventive e adattate o laurea in scienze motorie di durata triennale o ex diploma ISEF con master universitari in attività motorie preventive e adattate.

L'obiettivo non è prendersi cura del "malato", ma dell'utente già dimesso dal contesto sanitario, accompagnandolo nel recupero della massima qualità della vita possibile. Raggiungere la massima autonomia del gesto rappresenta il traguardo più sostenibile in una società civile.

L'attività fisica e l'esercizio strutturato rappresentano oggi un "farmaco" estremamente vantaggioso in una popolazione sempre più longeva, nonché spesso precocemente colpita da uno stile di vita inadeguato.

INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA SANITARIO

Il Medico di medicina generale (MMG) o medici specialisti potranno valutare preventivamente le fragilità del proprio assistito, consentendo così un intervento tempestivo per prevenire e contrastare predisposizioni genetiche. Con stimoli fisici mirati è infatti possibile attivare processi biologici protettivi, riducendo il rischio di dismetabolismi. Basti pensare, ad esempio, ai costi generati dalle fratture del femore in pazienti osteoporotici.

Il percorso educativo e motorio proposto all'interno delle "Palestre della salute" potrà consentire all'utente di:

a) migliorare la propria vita attiva;
b) prevenire le cadute e i disturbi della deambulazione;
c) ridurre l'abuso di farmaci;
d) diminuire i ritorni dal medico;
e) acquisire maggior efficacia percepita, anche sotto il profilo psicologico.

OBIETTIVI E VALORE SISTEMICO

L'obiettivo delle "Palestre della salute" è promuovere o restituire al cittadino la massima autonomia funzionale, alleggerendo il carico del sistema sanitario regionale in riferimento a tutte quelle condizioni croniche che generano un costo ormai insostenibile. Inoltre, si punta a limitare l'effettuazione di esami spesso ingiustificati e inefficaci nella gestione della cronicità. A differenza delle palestre commerciali, le "Palestre della salute" non perseguono fini estetici o legati al fitness, ma si concentrano sul ripristino di equilibri compromessi da:

a) alterazioni posturali;
b) attività di prevenzione primaria nei soggetti a rischio;
c) esiti chirurgici (post-fisioterapia);
d) necessità di rieducazione respiratoria e cardiovascolare al termine del percorso sanitario;
e) dismetabolismi legati all'invecchiamento.

4.12 Aggregazioni funzionali territoriali e rafforzamento del ruolo dei MMG/PLS

Il Piemonte è la prima regione italiana ad approvare le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) per contrastare l'isolamento sanitario delle aree fragili e garantire multidisciplinarietà alla medicina generale.

In continuità con i vigenti atti di programmazione, viene confermata la centralità delle 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 o il PLS assumono 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:

a) la promozione del lavoro di équipe e della responsabilità collettiva all'interno delle AFT per assicurare continuità, appropriatezza e qualità delle cure;
b) l'adozione di strumenti digitali e sistemi informativi integrati per migliorare la comunicazione tra operatori e facilitare la gestione dei piani di cura individualizzati;
c) 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;
d) 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.

Le AFT assumono significativo rilievo strategico nelle aree montane nelle quali rappresentano sia il primo presidio sanitario e socio-assistenziale in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti affetti da condizioni cliniche croniche, sia il collettore di sperimentazioni di medicina a distanza, ovvero di attività di telemedicina e teleassistenza.

È prioritario che la presa in carico da parte delle strutture territoriali (COT e Case della Comunità) interagisca con i MMG e i PLS dalla programmazione delle attività sanitarie routinarie, consentendo loro di concentrare il proprio tempo lavoro sulla personalizzazione terapeutica e sui nuovi eventi di salute, delegando la gestione ordinaria alla macchina ordinaria.

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.

Viene monitorata 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.

In tale ambito, la Regione Piemonte promuove e sostiene forme strutturate di cooperazione sanitaria transfrontaliera con le Regioni e gli Stati confinanti, in particolare per le aree montane e di confine, nel rispetto della normativa nazionale ed europea vigente e mediante il coordinamento tra le aziende sanitarie locali interessate e le competenti autorità sanitarie estere.

Tali forme di cooperazione sono finalizzate a garantire la continuità assistenziale, l'accessibilità alle cure e la tempestività degli interventi di emergenza-urgenza nei territori di confine.

4.13 La rete delle farmacie

La Regione Piemonte intende valorizzare le farmacie pubbliche e private (oltre 1.600 sul territorio regionale, circa 700 delle quali situate nei piccoli comuni rurali) che singolarmente e in rete tra loro, costituiscono un'unità sanitaria di base operativa 7 giorni su 7 con orari particolarmente estesi in grado di intercettare i bisogni di salute di bacini di utenza mediamente di 2.400 abitanti, garantendo un effetto demoltiplicatore e complementare rispetto alle attività delle Case della comunità.

Dal punto di vista organizzativo, in armonia con le recenti modifiche legislative e l'Accordo collettivo nazionale delle farmacie di cui all'Intesa Stato-Regioni del 6 marzo 2025, le farmacie possono garantire:

a) flusso informativo per la rilevazione della dispensazione dei farmaci e dei servizi erogati in collegamento funzionale con la rete sanitaria territoriale e in particolare con le Case della comunità, anche ai fini dell'interoperabilità con altri professionisti e presidi territoriali;
b) monitoraggio e rendicontazione in tempo reale della dispensazione dei farmaci SSN, extra SSN e dei parafarmaci classificati come dispositivi medici, attraverso piattaforme e applicativi gestionali in collegamento funzionale con la rete informatica del Servizio sanitario regionale;
c) sistema di raccolta, gestione e monitoraggio delle informazioni sanitarie riguardanti l'esecuzione in farmacia di test e vaccini e invio dei relativi dati in tempo reale alle strutture centrali e periferiche del SSR;
d) alimentazione e monitoraggio del FSE e del Dossier farmaceutico;
e) esecuzione e refertazione in tempo reale di prestazioni analitiche di primo e secondo livello, nonché di prestazioni di telemedicina (con particolare riguardo a ECG, holter pressorio, holter cardiaco) mediante l'utilizzo di strumentazione certificata in collegamento funzionale con centri di cardiologia;
f) facilitazione dell'inclusione digitale in campo sanitario delle fasce meno informatizzate, intercettando anche in tale ambito, in termini di prossimità e domiciliarità, le esigenze di salute degli assistiti e contribuire, anche attraverso l'implementazione della televisita o sistemi di teleassistenza o telemonitoraggio, al decongestionamento delle altre strutture sanitarie e all'assorbimento del fenomeno delle cosiddette "liste di attesa";
g) servizio CUP (prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali con le strutture SSR), pagamento ticket e ritiro referti;
h) somministrazione, previo superamento da parte di farmacisti opportunamente formati di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto Superiore di Sanità, di vaccini individuati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale nei confronti dei soggetti di età non inferiore a dodici anni oltre che di vaccini anti SARS-CoV-2, di vaccini antinfluenzali e degli altri vaccini che nel tempo saranno resi disponibili, ad esempio herpes zooster, HPV e pneumococco;
i) disponibilità di locali interni alla farmacia o di locali o strutture anche limitrofe e non contigue alla sede della farmacia, ricomprese comunque nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica della farmacia stessa, dotati di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e della

tutela della riservatezza, ove praticare i servizi di cui al d. lgs. 153/2009, in aderenza a quanto previsto dalla Convenzione farmaceutica.

4.14 Tutela del benessere psicologico del personale

Il personale dei ruoli sanitario, socio-sanitario, amministrativo, tecnico e professionale, sia delle aree dirigenziali che del comparto, rappresenta una risorsa fondamentale per la tenuta e la qualità del SSR. Gli operatori sono esposti in modo sistemico 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.

Queste azioni saranno rafforzate 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.

4.15 Prevenzione e contrasto della violenza nei confronti del personale sanitario e socio-sanitario

Gli episodi di aggressione fisica e verbale ai danni del personale sanitario e socio-sanitario costituiscono un fenomeno in crescita, con impatti rilevanti sul benessere degli operatori e sulla qualità dei servizi.

La Regione Piemonte, in coerenza con la normativa nazionale, prevede:

a) l'istituzione di un sistema regionale di monitoraggio degli episodi di violenza in ambito sanitario e socio-sanitario;
b) la definizione di protocolli aziendali per la prevenzione, la gestione e la segnalazione degli episodi, con l'individuazione di referenti dedicati;
c) l'adozione di interventi strutturali e organizzativi sui luoghi di lavoro (layout degli spazi, percorsi di accesso, sistemi di allarme, presidio di vigilanza);
d) l'implementazione di percorsi di formazione del personale sulla gestione del conflitto, sulla comunicazione con l'utenza e sulle tecniche di de-escalation;
e) la predisposizione di forme di supporto psicologico e, ove necessario, di tutela legale per gli operatori coinvolti.

4.16 Revisione dei modelli organizzativi e gestione operativa – Operation Management

La complessità delle strutture sanitarie è tale da rendere necessaria l'individuazione di 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 e 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, è stato delineato un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa, con specifico riferimento anche alle liste di attesa chirurgiche e ambulatoriali:

a) governo della domanda;
b) miglioramento dell'appropriatezza;
c) efficientamento dei fattori produttivi;
d) incremento della produzione su setting specifici;
e) attività di audit feedback al fine del miglioramento.

La Direzione sanità, 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.

4.17 Sistematizzazione della cooperazione sanitaria transfrontaliera con la Francia

La cooperazione transfrontaliera in materia sanitaria, con particolare riferimento ai rapporti italo-francesi, rappresenta per la Regione Piemonte una necessità strategica, in grado di garantire un accesso equo e tempestivo alle prestazioni sanitarie per i cittadini delle aree di confine. Infatti, come chiarito dall'articolo 10, comma 1 del Trattato del Quirinale tra Italia e Francia, "la frontiera terrestre italo-francese costituisce un bacino di vita interconnesso" le cui particolari caratteristiche orografiche, ma anche socioeconomiche, possono rendere eccessivamente oneroso, per i cittadini ivi residenti, beneficiare delle prestazioni offerte soltanto all'interno del territorio di cui ai rispettivi confini nazionali.

Come è emerso dagli studi che sono stati condotti sul tema, e che hanno interessato in particolar modo la Val di Susa, si rende necessario definire un quadro giuridico che metta a sistema contenuto e condizioni della mobilità sanitaria per la popolazione italo-francese che risiede in prossimità del confine, per dare piena

esecuzione all'articolo 10 della direttiva 2011/24/UE e alla disciplina introdotta dall'articolo 10, comma 2 del Trattato del Quirinale, che individua la cooperazione transfrontaliera in materia di sanità tra le priorità.

In tal senso, il rafforzamento della mobilità sanitaria deve essere inteso non solo come un beneficio per i cittadini italiani residenti in prossimità del confine, ma come opportunità per tutto il territorio di riferimento. La cooperazione deve, infatti, essere finalizzata anche all'attrazione di pazienti e professionisti francesi. In tal senso, nell'ottica di realizzare economie di scala, lo scambio tra professionalità e competenze sanitarie italiane e francesi dovrà consentire un miglioramento significativo dell'offerta sanitaria nelle aree interne.
Pertanto, la Regione si attiva nei confronti del Ministero degli Affari esteri e della cooperazione internazionale e del Ministero della Salute, al fine di promuovere la stipula di un accordo internazionale con la Francia, volto a semplificare le procedure amministrative che costituiscono un significativo ostacolo alla mobilità transfrontaliera dei pazienti e dei professionisti sanitari.

4.18 Polo formativo regionale della medicina territoriale

L'istituzione del Polo formativo regionale della medicina territoriale rappresenta un investimento strategico per il futuro della sanità piemontese, capace di rafforzare la medicina del territorio, garantire continuità assistenziale ai cittadini, restituire centralità e attrattività al ruolo del MMG e PLS.

Il Polo avrà finalità a titolo esemplificativo e non esaustivo:

a) valorizzare il ruolo e la centralità del MMG/PLS nel sistema sanitario regionale;
b) migliorare la qualità e l'attrattività del Corso di formazione specifica in medicina generale;
c) garantire una formazione moderna, integrata, coerente con i bisogni della popolazione e con l'organizzazione della sanità territoriale;
d) contribuire alla riduzione delle carenze di MMG/PLS, in particolare nelle aree periferiche e disagiate.

4.19 Governo della mobilità sanitaria

In coerenza con quanto sancito dalla Scheda 4 del Patto per la Salute per gli anni 2019- 2021 (Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 18 dicembre 2019), la Regione considera la mobilità sanitaria un ambito prioritario di programmazione, strettamente correlato agli adempimenti del Nuovo sistema di garanzia (NSG) e al Piano nazionale governo liste di attesa (PNGLA).

Al fine di governare i flussi di mobilità, salvaguardando il diritto alla libera scelta del cittadino ma contrastando i fenomeni di mobilità passiva evitabile dovuti a carenze di offerta locale, la Regione si impegna a:

a) elaborare e attuare specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine e ai flussi interregionali, con l'obiettivo di migliorare e sviluppare i servizi in loco, evitando disagi logistici e costi sociali per i pazienti;
b) rendere tali piani funzionali e integrati con i processi di attuazione e gli obiettivi di riduzione dei tempi di attesa previsti dal Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA);
c) definire specifici piani di sviluppo che coinvolgano le strutture pubbliche e private accreditate per potenziare i servizi sul territorio, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario;

d) valutare la compatibilità dei tetti di spesa vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità passiva e di sviluppo della mobilità attiva, al fine di garantire la piena erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
e) armonizzare i sistemi di controllo, applicando le medesime procedure di verifica dell'appropriatezza sia per i pazienti residenti che per i pazienti provenienti da altre Regioni.

CAPITOLO 5
Aree di intervento prioritario

CAPITOLO 5

5. Aree di intervento prioritario

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:

a) **ottimizzare l'assistenza primaria e territoriale**, mediante il potenziamento delle Case della Comunità, incremento delle cure domiciliari e sviluppo della telemedicina per i pazienti cronici;
b) **riorganizzare la rete ospedaliera**, con il rafforzamento della specializzazione degli ospedali Hub e Spoke e miglioramento delle strutture di emergenza-urgenza (Dipartimento di Emergenza e Accettazione e Pronto Soccorso);
c) **incrementare i servizi di salute mentale e dipendenze**, assicurando l'incremento dei servizi di supporto per pazienti psichiatrici e prevenzione del disagio giovanile;
d) **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);
e) **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;
f) **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;
g) **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.

5.1 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:

a) 91 Case della Comunità (CdC);
b) 30 Ospedali di Comunità (OdC);
c) 43 Centrali Operative Territoriali (COT);
d) 178 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

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:

a) definizione delle **vocazioni** dei diversi luoghi di offerta e dei relativi modelli di servizio. Ognuno dei setting previsti dal DM 77/2022 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 programmatorio locale deve definire con chiarezza queste vocazioni per ogni singolo OdC in coerenza con il quadro epidemiologico locale;

b) **segmentazione** delle sotto-popolazioni che compongono il territorio e definizione di criteri condivisi per la stratificazione;
c) **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);
d) **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 sono da definire, da parte delle ASR, 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 di tutela, e AO/AOU.

All'interno delle Case della Comunità, inoltre, è prevista l'attivazione di specifiche azioni di facilitazione volte a supportare i cittadini nell'orientamento tra i servizi disponibili, le procedure amministrative e le modalità di accesso e richiesta delle prestazioni. Tali azioni mirano a garantire una fruizione più semplice, equa e consapevole dell'offerta socio-sanitaria territoriale. Parallelamente, si intende promuovere l'organizzazione di incontri informativi dedicati all'illustrazione dell'assetto organizzativo e funzionale delle strutture e servizi territoriali attivi, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo le COT, le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, i CAVS. Questi momenti di informazione e confronto sono finalizzati a migliorare la conoscenza da parte della popolazione dei percorsi assistenziali, favorendo un utilizzo appropriato dei servizi e una maggiore integrazione tra cittadini, professionisti e strutture territoriali.

In questo contesto la **presa in carico della cronicità** gioca un ruolo fondamentale nel governo della filiera.

Gli interventi:

a) 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;
b) attivazione di un processo sistematico di **monitoraggio dei dati sui consumi sanitari** per individuare i profili prescrittivi, verificare l'aderenza terapeutica, valutare l'appropriatezza;
c) intensificazione delle azioni di **prevenzione** con riferimento a soggetti a rischio e percorsi dedicati per la mono- patologia cronica;
d) estensione dell'utilizzo della **telemedicina e delle piattaforme digitali** (FSE, 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;
e) rafforzamento della funzione di **gestione operativa territoriale** in cui la Direzione di Distretto riveste un ruolo strategico come attore chiave nel change management;
f) 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. Si riconosce il ruolo strategico e operativo delle associazioni di volontariato, quali soggetti fondamentali nel supporto ai cittadini. Nell'ambito della gestione delle malattie croniche, è previsto l'aggiornamento periodico del Vademecum per i malati cronici, al fine di garantire informazioni sempre aggiornate, accessibili e coerenti con l'evoluzione dei percorsi assistenziali;
g) promozione della figura **dell'Infermiere di famiglia o comunità (IFoC).**

h) definizione dell'elenco e realizzazione delle Case della Comunità Spoke previste dal decreto ministeriale 77/2022;
i) promuovere l'individuazione delle sedi di riferimento di ogni AFT nel rispetto della normativa vigente e nelle case della salute ove esistano.

5.1.1 Modello organizzativo e funzionamento delle Case della Comunità Hub

Il modello organizzativo di lavoro delle Case della comunità Hub (CdC) è improntato alla multidisciplinarità, all'integrazione socio-sanitaria e alla prossimità, in coerenza con le linee di indirizzo AGENAS per l'attuazione del modello organizzativo delle CdC di cui al decreto ministeriale 77/2022. La CdC si configura come la struttura di riferimento e il primo punto di accesso per la comunità di riferimento, garantendo l'interfaccia con gli altri servizi della rete territoriale e ospedaliera.

Il modello operativo è basato sull'azione coordinata di un Team multiprofessionale che opera attraverso il PAI per la presa in carico integrata. Le figure centrali del Team includono:

a) MMG e PLS, che assicurano l'attività ambulatoriale di cure primarie, organizzati in AFT preferibilmente con sede presso le Case della comunità;
b) l'IFoC, figura chiave per il case management, l'educazione terapeutica e l'attuazione del PAI, in particolare per i pazienti cronici e fragili;
c) specialisti ambulatoriali (per esempio geriatra, cardiologo, diabetologo) per l'erogazione di prestazioni per la gestione delle patologie croniche più diffuse e il supporto alla medicina generale;
d) professionisti sociali (assistenti sociali, educatori professionali) per la valutazione multidimensionale (VMD) e l'integrazione dei percorsi socio-assistenziali;
e) altro personale sanitario e di supporto (psicologi, ostetriche, fisioterapisti, assistenti sanitari, personale amministrativo) in base alla complessità e ai bisogni della popolazione.

I servizi erogati dalla CdC Hub, in base alle linee AGENAS, comprendono: assistenza primaria ambulatoriale, Continuità assistenziale (guardia medica), attività di prevenzione e promozione della salute, gestione integrata delle cronicità (PDTA/PAI), specialistica ambulatoriale di primo livello, servizi di telemedicina, e servizi per la salute mentale/dipendenze.

Il servizio di continuità assistenziale è localizzato preferibilmente nella CdC Hub per assicurare le funzioni previste dalla normativa vigente.

In modo da rendere uniforme l'applicazione del modello previsto dal decreto ministeriale 77/2022, la Regione Piemonte istituisce il Tavolo regionale delle case della comunità, quale organismo con funzioni consultive, operante in raccordo con il CORESA, con la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e con il Tavolo dei distretti, nonché con altri organismi e sedi di confronto istituzionale competenti.

Il Tavolo svolge attività di accompagnamento, confronto e supporto all'attuazione del modello delle Case della comunità, favorendo la condivisione di indirizzi applicativi e lo scambio di buone pratiche organizzative, al fine di promuovere un'applicazione il più possibile omogenea del modello territoriale delineato dal PNRR e dal decreto ministeriale 77/2022, nel rispetto delle competenze attribuite ai diversi livelli istituzionali, nazionali, regionali e aziendali.

5.1.2 L'Infermiere di famiglia o comunità

Nel quadro della riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022 e dagli interventi del PNRR – Missione 6, viene valorizzato e potenziato il ruolo dell'Infermiere di famiglia o comununità (IFoC), quale figura chiave per garantire la presa in carico proattiva e continuativa delle persone nei contesti territoriali e domiciliari, nonché all'interno della comunità scolastica di riferimento a livello distrettuale, con particolare attenzione alle situazioni di fragilità, cronicità e non autosufficienza.

L'IFoC opera come professionista di riferimento all'interno delle CdC, in stretta collaborazione con il MMG, 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:

a) l'assistenza domiciliare per la gestione della cronicità e delle disabilità;
b) la prevenzione delle riacutizzazioni e la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso;
c) l'educazione sanitaria e l'aderenza terapeutica;
d) la partecipazione alla definizione e al monitoraggio dei PAI;
e) la promozione dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali;
f) il supporto all'autonomia dell'assistito e della famiglia;
g) il coordinamento con l'IFoC, presente nell'équipe delle Case della comunità.

L'IFoC potrà afferire funzionalmente al **Dipartimento Assistenziale** (si veda il paragrafo 6.4.2), 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'IFoC, 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.

5.1.3 Rafforzamento del ruolo dell'Infermiere di famiglia o comunità nelle aree disagiate

La Regione potenzia il ruolo dell'IFoC, prevedendone la presenza nei servizi come da normativa nazionale, con particolare attenzione alle aree disagiate.

5.2 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 a 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 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, sociali e del benessere organizzativo.

5.3 Riorganizzare e ammodernare le reti ospedaliere

Al fine di assicurare che ogni paziente sia esposto a unità operative che garantiscono competenza clinica, sicurezza e aggiornamento tecnologico, il Piano prevede il rafforzamento della specializzazione degli ospedali Hub e Spoke e il 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, preservando i LEA su tutto il territorio regionale e di concerto con le realtà locali, viene ridefinita 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.

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 già in precedenza citati:

Hub&Spoke

Hub versus Spoke.

- **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.

5.3.1 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 e 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.

5.3.2 Il Responsabile operativo degli Ambienti sanitari ospedalieri e territoriali

Il Responsabile operativo degli ambienti sanitari ospedalieri e territoriali è un professionista opportunamente formato e individuato dall'azienda sanitaria per:

a) 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;
b) svolgere attività di facilitazione e di riconduzione sui processi delle unità organizzative e dei team aziendali già operative;
c) garantire una presenza sistematica nelle aree delle strutture;
d) 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.

5.3.3. 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, a 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.

5.4 Umanizzare il 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 "Accoglienza e Umanizzazione in Pronto soccorso", in cui sono stati individuati 70 requisiti sui quali le aziende sanitarie dovranno:

a) effettuare le verifiche interne;
b) predisporre un piano di miglioramento;
c) 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 fondamentale del processo di diagnosi e cura.

5.5 Culto religioso e preghiera nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali e relativi spazi

I luoghi di culto negli ospedali, nelle case di cura, nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali e di accoglienza, rappresentano una componente essenziale dei percorsi di cura e di assistenza alla persona. La loro presenza consente di rispondere ai bisogni spirituali e religiosi dei degenti, favorendo il rispetto della dignità umana e promuovendo un approccio alla salute che tenga conto non solo della dimensione fisica, ma anche di quella emotiva e spirituale.

In particolare, nelle condizioni di fragilità e insicurezza in cui si trova la persona malata o anziana e, di riflesso, i suoi familiari e conoscenti, la possibilità di poter fruire di un luogo dedicato alla preghiera e la possibilità di fruire di una assistenza spirituale, sono aspetti fondamentali della vita del malato e dei suoi familiari, anche per la costruzione di un percorso di speranza nella cura.

L'attenzione ai bisogni religiosi dei pazienti, dei loro familiari e del personale sanitario costituisce un aspetto fondamentale dei processi di umanizzazione delle cure e il rispetto della dignità delle persone.

Occorre per questo garantire la presenza di un ambiente di raccoglimento e preghiera, inclusivo e rispettoso della confessione religiosa che vi si pratica. Occorre pensare e integrare questo spazio nella pianificazione architettonica delle strutture sanitarie e di accoglienza, assicurandone la funzionalità e la fruibilità.

Il quadro normativo di riferimento affonda le radici nell'articolo 19 della Costituzione e negli Accordi tra Repubblica Italiana e Stato del Vaticano, in particolare il Concordato del 1984 e l'articolo 38 della legge 833/1978, istitutiva del SSN. A livello regionale la deliberazione del Consiglio regionale del 22 febbraio 2000 n. 616-3149 (Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione) in materia di accreditamento istituzionale, prevede processi di umanizzazione delle cure e accoglienza spirituale nei contesti ospedalieri.

L'attuale situazione negli ospedali e strutture socio-sanitarie e assistenziali piemontesi è disomogenea: in alcuni si rileva l'assenza di spazi dedicati al culto o alla preghiera, in altri gli spazi sono presenti, ma non

adeguati o critici dal punto di vista funzionale. Le casistiche elencate richiedono approcci sicuramente diversi, ma che dovrebbero essere orientati ai requisiti indicati, anche secondo un processo graduale di adeguamento.

Gli spazi dedicati al culto sono naturalmente espressione di una religione con simboli, arredi e tutto quello che permette di identificare le caratteristiche essenziali della religione: in Italia quella cristiana rappresenta la stragrande maggioranza delle persone che frequentano i luoghi di culto in ospedali e strutture socio-sanitarie e assistenziali.

Per il doveroso rispetto delle persone che professano altre confessioni religiose prevedere le sale del silenzio per le altre religioni e orientamenti filosofici, corrisponde al dovere di permettere ad ogni persona di professare la propria religione.

È tuttavia necessario e soprattutto rispettoso delle varie fedi non confondere o peggio assimilare luoghi di culto cristiani con sale del silenzio per gli altri culti e questo sia dal punto di vista strutturale che dal punto di vista funzionale, in ragione della normativa nazionale citata e delle dimensioni delle popolazioni di fedeli.

È pertanto doveroso che tutte le strutture ospedaliere, socio-sanitarie e assistenziali presenti sul territorio regionale si dotino di adeguati spazi per il culto cristiano, debitamente arredati e con le caratteristiche dell'allegata scheda tecnica, così come i costruendi nuovi ospedali dovranno prevedere adeguati spazi per il culto cristiano.

Analogamente è doveroso che tutte le strutture ospedaliere, socio-sanitarie e assistenziali presenti sul territorio regionale si dotino di sale del silenzio, senza arredi, per le altre religioni e orientamenti filosofici, così come i costruendi nuovi ospedali dovranno prevedere adeguate sale del silenzio.

Criteri generali per ogni tipo di spazio di culto in una struttura sanitaria o assistenziale

a) **accessibilità.** Deve essere garantita la piena accessibilità a persone con disabilità motorie, sensoriali o temporaneamente limitate dalle condizioni cliniche, nel rispetto della normativa vigente sull'abbattimento delle barriere architettoniche;
b) **riservatezza e raccoglimento.** L'ambiente deve favorire la concentrazione, la preghiera o la meditazione, con soluzioni che riducano il rumore e garantiscano la riservatezza;
c) **flessibilità d'uso.** Lo spazio deve poter accogliere sia momenti di preghiera individuale sia celebrazioni collettive, prevedendo arredi mobili e modulabili;
d) **integrazione con il contesto ospedaliero.** La collocazione deve risultare facilmente raggiungibile da pazienti e visitatori, senza ostacolare i percorsi sanitari e logistici della struttura;
e) **assistenza spirituale**. Il cappellano ospedaliero e i ministri di culto delle altre confessioni religiose possono garantire un servizio di accompagnamento spirituale su richiesta del paziente o dei familiari.

Criteri, a titolo esemplificativo e non esaustivo, degli spazi dedicati al culto cristiano e alla preghiera in ambito ospedaliero e in strutture socio-sanitarie e assistenziali:

Voce	**Requisiti**
GESTIONE	
Destinazione d'uso	Spazio di culto per pazienti, familiari e personale
Tipologia	Sala con arredi sacri possibilmente mobili
Capacità consigliata	Minimo 20/30 persone, incrementabile in funzione della dimensione della struttura ospedaliera
Superficie minima	40 m^2 (1,5–2 m^2/posto a sedere)
Gestione	Direzione sanitaria in collaborazione con assistenti spirituali
COLLOCAZIONE E ACCESSIBILITA'	
Posizione	In prossimità degli ingressi principali o aree comuni facilmente raggiungibili, possibilmente a piano terreno
Accessibilità	Conforme alla normativa sulle barriere architettoniche, percorsi accessibili anche a pazienti in barella o carrozzina
Percorsi	Adatti a barelle, carrozzine, accompagnatori
Servizi igienici	Accessibili e prossimi allo spazio di culto
Segnaletica	Multilingue, simboli universalmente riconoscibili
CARATTERISTICHE ARCHITETTONICHE E TECNICHE	
Forma e layout dello spazio liturgico	Pianta possibilmente regolare (quadrata/rettangolare), priva di ostacoli centrali
Locale ufficio/colloqui	Un locale, anche piccolo, per colloqui individuali e spazio per il ministro di culto, in prossimità dell'aula liturgica
Deposito annesso	per arredi, oggetti sacri e materiali, anche di piccola dimensione
Illuminazione naturale	Vetrate opache o schermate o decorate, luce diffusa, regolabile per funzioni collettive o individuali
Illuminazione artificiale	Illuminazione specifica per altare, custodia eucaristica, ambone, crocefisso, immagine mariana
Acustica	Isolamento da rumori esterni, trattamento fonoassorbente e presenza di impianto di amplificazione per strutture più grandi
Sistemi di comunicazione	Rete wi.fi per lo spazio colloqui/ufficio del parroco, possibilità di connessione in streaming o solo vocale su rete interna
Impiantistica prevenzione incendi	Come da progetto ospedaliero
Ventilazione	Climatizzazione con impianto meccanico silenzioso, correzione locale della temperatura e della velocità di eventuali fan-coils
Materiali	Superfici igienizzabili, pavimento antiscivolo, colori neutri
ARREDI E DOTAZIONI DELL'AULA LITURGICA	
Mensa, ambone, arredi sacri	Possibilmente mobili o movibili, di fattura sobria, evitando, possibilmente, il pedale o sopralzi del presbiterio
Custodia Eucaristica	Fissa, posizionata secondo indicazioni conciliari
Spazio centrale	Libero e modulabile per riti o preghiera personale
Sedute	Mobili, facilmente sanificabili
Sicurezza	Sistemi antincendio e vie di fuga conformi alla normativa

REQUISITI GESTIONALI	
Regolamento d'uso	Definito dalla Direzione sanitaria in accordo con la Diocesi, l'Unità pastorale di riferimento, i sacerdoti addetti alla cappellania
Orari di apertura	Compatibili con l'accesso di pazienti e familiari, tendenzialmente apertura fino alle ore preserali
Manutenzione	Inserita nel piano ordinario di manutenzione della struttura
Custodia e presidio	Assegnata ai responsabili individuati (per esempio cappellano, custode)
Formazione e sensibilizzazione	Rivolta al personale ospedaliero per favorire la conoscenza e il rispetto delle diverse pratiche religiose

5.6 Ottimizzazione della Rete dei punti nascita

Appare necessaria una maggiore ottimizzazione della Rete dei punti nascita, tenendo presenti sempre due presupposti fondamentali:

a) la grande variabilità geografica del territorio piemontese;
b) 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.

5.7 Ripensare il sistema di Emergenza-Urgenza

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

a) **distinzione netta** tra:
    1. emergenza (condizione evolutiva, codici rossi e arancioni);
    2. urgenza (condizione non evolutiva-codici azzurri e verdi);
    3. non urgenza (codici bianchi);
b) **rafforzamento della presa in carico dei pazienti fragili** (in particolare dei pazienti under 14 e over 75) e la costruzione di percorsi ad hoc nella rete dei Pronto Soccorso (PS);
c) **separazione dei flussi** a partire dall'orientamento e dall'accesso e non solo all'interno dei PS;
d) **innovazione tecnologica** per rilevare i dati, standardizzare e velocizzare i processi e innovare i servizi (piattaforme informative, intelligenza artificiale, **telemedicina)**;
e) **integrazione** intra-rete PS e tra la rete dei PS e il resto del sistema socio-sanitario.

La rete di Emergenza-Urgenza 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, per esempio televisite,

teleassistenza, contribuendo a ridurre il carico sui PS e migliorando l'efficienza complessiva del sistema di Emergenza-Urgenza.

5.8 Integrare servizi per la salute mentale e le 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 individuata. 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.

Questi elementi producono un aumento della sofferenza delle persone e denotano le loro difficoltà a trovare risposte adeguate alle loro esigenze. La limitazione alla possibilità di essere seguiti nei propri luoghi di vita, la mancanza di un progetto riabilitativo e di una visione intersezionale che tenga conto delle caratteristiche specifiche della persona comportano, oltre che un abbassamento della qualità della vita di queste e delle loro famiglie, anche un aumento del carico di lavoro per i servizi e un elevato ricorso all'Emergenza/Urgenza. Verrà posta particolare attenzione alla gestione degli esordi psichiatrici, attraverso l'adozione di pratiche di presa in carico che le evidenze scientifiche indicano come maggiormente efficaci per evitare peggioramenti e cronicizzazioni, come ad esempio il dialogo aperto e le linee di indirizzo per il Disturbo borderline di personalità (DBP), cosa che consentirebbe anche una notevole e duratura diminuzione della spesa farmacologica. Verranno previsti interventi per la prevenzione di suicidi, pratiche autolesionistiche, disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze, dipendenze e forme di disagio generalizzato. A ciò si accompagneranno campagne di promozione della salute mentale, con particolare attenzione verso le persone giovani e il sostegno alla genitorialità. Tali interventi di prevenzione saranno adeguati e adattati anche a sostegno delle persone detenute e nei CPR.

Si rende pertanto necessario un cambio di paradigma: l'obiettivo primario del lavoro per la Salute Mentale deve essere il recupero della persona anche dal punto di vista sociale e non la sua cronicizzazione.

Questo significa intervenire profondamente sull'organizzazione dei servizi, superando il modello attuale prevalentemente centrato su farmaci-ospedalizzazione-residenze: puntare innanzitutto al rispetto e al rafforzamento delle capacità del diretto interessato, attraverso un potenziamento delle risorse sul territorio, e la formazione degli operatori. Formare personale, non solo medico, che creda nelle possibilità di recupero: la cura non può che essere fondata sul lavoro di una equipe che comprenda i diversi ruoli sanitari (medici, infermieri, educatori, psicologi) e sociali, che agisca in maniera integrata e coordinata con i soggetti coinvolti e i loro familiari, fondata sul dialogo paritario tra tutti i ruoli coinvolti, rispettando in primis i desideri e le risorse del diretto interessato.

Si rende necessaria la sistematica adozione del Piano terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) per creare e gestire un processo di recupero, come già previsto dalla normativa vigente, ispirata ai documenti dell'OMS e riconosciuta anche dalle linee guida delle delibere regionali, come ad esempio la deliberazione della Giunta regionale 84-4451 dicembre 2021. Il Piano terapeutico riabilitativo individuale, spesso interpretato come un puro obbligo burocratico, deve essere lo strumento fondamentale di cura, se predisposto coi tempi e i modi che rendano protagonista il diretto interessato, coinvolgendo i suoi familiari e più in generale le sue relazioni.

Una diversa organizzazione dei servizi, con l'applicazione di metodi di cura maggiormente articolati rispetto all'utilizzo esclusivo dei farmaci, renderebbe effettivamente possibile realizzare i tre determinanti fondamentali: abitare, lavorare, socializzare nel proprio territorio.

Tutto ciò consentirebbe anche una qualificazione della spesa attraverso:

a) minori e più brevi inserimenti nelle comunità terapeutiche e nelle case di cura, fenomeno particolarmente dispendioso e grave nella regione Piemonte;
b) minor ricorso al Pronto Soccorso e all'ospedalizzazione, come primo accesso o per ricadute di acuzie;
c) riduzione/razionalizzazione della spesa farmaceutica;
d) recupero dei diretti interessati alla vita sociale e lavorativa.

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, il rafforzamento degli interventi preventivi e la riduzione delle cronicizzazioni e dei ricoveri ripetuti. Occorre quindi ampliare la capacità e la velocità di risposta dei servizi a ciò deputati (Ser.D, Disabilità, Geriatria, Servizi sociali), per diminuire il sovraccarico nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA), contestualmente evitando i ricoveri impropri, che attualmente avvengono sia nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (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 24 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 volte 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, come ad esempio Illness Management and Recovery.

Con queste finalità, è necessario investire nella formazione degli operatori, per rafforzare la loro capacità di sostenere un percorso di recupero personalizzato, di favorire un rapporto costruttivo con le famiglie, che riesca a includere pienamente anche le loro potenzialità e che ponga al centro l'ascolto, gli obiettivi e le speranze di chi soffre.

Si opererà inoltre per garantire l'adeguatezza qualitativa delle strutture residenziali, poiché condizioni ambientali pulite, decorose e funzionali costituiscono un elemento essenziale del benessere della persona e della qualità del percorso terapeutico e riabilitativo.

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 luglio 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 (MMG), Case della salute (CdS) e Dipartimenti di salute mentale (DSM), promuovendo la gestione della salute fisica dei pazienti in carico ma anche l'appropriatezza delle prescrizioni farmacologiche. Considerando che il MMG rappresenta il primo punto di accesso a cui una famiglia o un soggetto in condizioni di sofferenza si rivolgono per condizioni di disagio, è necessario potenziare le conoscenze dei MMG in merito all'organizzazione dei servizi e alle opportunità terapeutiche offerte, soprattutto per le situazioni di esordio.

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 o sostenuti da forme di dipendenza. In questa ottica, si rende essenziale il potenziamento della prevenzione in ambito di salute mentale, volto a garantire azioni integrate di informazione, educazione, screening e supporto psicologico, con particolare attenzione alle fasce vulnerabili, interventi di educazione e sensibilizzazione rivolti alla popolazione generale, finalizzati alla riduzione dello stigma legato ai disturbi mentali e alla promozione del benessere psicologico. Si rende, a tal fine, essenziale favorire attività di formazione specifica per il personale scolastico, sanitario e socio–assistenziale, orientate al riconoscimento precoce dei segnali di disagio psicologico con programmi di screening precoce nei contesti scolastici, lavorativi e territoriali, svolti in collaborazione con i Dipartimenti di salute mentale. Parallelamente, implementare servizi di ascolto e consulenza psicologica, anche in modalità telematica, destinati in particolare a minori, giovani, lavoratori, persone anziane e altri gruppi a rischio, in un contesto di rafforzamento della collaborazione interistituzionale tra servizi sociali enti del terzo settore e strutture sanitarie per la presa in carico tempestiva dei casi individuati.

Al fine di monitorare le necessità di salute mentale del territorio, in collaborazione con le istituzioni e nel rispetto delle normative vigenti, la Giunta regionale attiverà la Consulta per la salute mentale. Si procederà inoltre alla revisione e modulazione degli standard di personale nelle strutture residenziali psichiatriche, introducendo criteri di flessibilità professionale nella composizione delle équipe multidisciplinari rispetto a quanto previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 84-4451 del 22 dicembre 2021. Tale misura è finalizzata a consentire l'integrazione in organico di figure professionali specialistiche aggiuntive, quali psicologi ed esperti in disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, necessarie per garantire l'appropriatezza terapeutica a fronte della crescente complessità clinica dell'utenza e delle nuove patologie emergenti.

La Regione Piemonte, nell’ambito dei disturbi psichiatrici gravi o resistenti ai trattamenti convenzionali, riconosce la neurostimolazione come opzione terapeutica evidence – based da attivare secondo le normative nazionali vigenti e le linee guida scientifiche internazionali.

L’obiettivo è:

a) garantire equità di accesso;
b) ridurre la disabilità e l’ospedalizzazione;
c) monitorare efficacia e sicurezza attraverso un registro regionale;
d) sviluppare competenze cliniche specifiche mediante percorsi di formazione e supervisione.

La Regione intende anche promuovere campagne anti stigma per prevenire l’esclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale.

Verranno umanizzate le sedi dei CSM, dei Centri diurni e degli SPDC, oltre che Gruppi appartamento e comunità poiché la qualità degli ambienti di cura è parte integrante della cura stessa. In conclusione, verranno favoriti il miglioramento e l’ampliamento dell’offerta dei Servizi per trovare risposte efficaci ai diritti di cittadinanza, autonomia abitativa, lavoro, con applicazione della legge 68/1999, e socialità attraverso azioni che vedano la valorizzazione di tutte le risorse in campo secondo una logica di sistema, una logica cioè capace di coinvolgere tutti gli attori interessati - operatori, utenti, familiari e comunità - verso obiettivi comuni e condivisi.

Sarà inoltre ricostituito l’Osservatorio regionale sulle dipendenze, quale spazio stabile di confronto tra istituzioni, comunità ed esperti, finalizzato all’analisi dei fenomeni, alla condivisione dei dati e all’individuazione di interventi coordinati e basati su evidenze.

5.9 Rafforzamento dei servizi di salute mentale nei distretti periferici

La Regione rafforza i servizi di salute mentale nei distretti periferici anche mediante innovazioni organizzative, percorsi integrati per demenze e cronicità e supporto psicologico.

5.10 Potenziamento dei 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:

a) accessibilità degli ambienti, dei trasporti, dell'informazione e delle tecnologie;
b) accesso ai servizi sanitari e socioassistenziali;
c) 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 consistono in:

a) garantire la presa in carico integrata socio-sanitaria;

b) assicurare 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;

c) assicurare in tutto il territorio la qualità e la quantità dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali a livello dei diversi territori, in base al fabbisogno.

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.

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 le persone o la sua famiglia, a una elaborazione operativa che accolga non solo le limitazioni, ma soprattutto le potenzialità del soggetto richiedente e del suo contesto di vita.

La Regione Piemonte favorisce la partecipazione all'attività sportiva da parte delle persone con disabilità individuandola, di concerto con il competente Assessorato, come elemento fondamentale per l'inclusione sociale e per il benessere personale.

5.10.1 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.

Viene promossa l'applicazione del modello DAMA integrandolo nella propria rete ospedaliera e favorendo la diffusione di percorsi dedicati per:

a) ridurre i tempi di attesa;
b) migliorare la qualità dell'accoglienza;
c) garantire 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.

Inoltre, in una logica di continuità assistenziale, viene migliorata la transizione delle persone assistite dall'ambito neuropsichiatrico in età evolutiva verso la presa in carico da parte dei servizi per l'adulto.

La Regione Piemonte favorirà la costruzione di percorsi strutturati e funzionali volti alla continuità di intervento per i disturbi del neurosviluppo lifetime (dalla età minore alla età adulta senza interruzione nei trattamenti e presa in carico) e alla rivalutazione dei quadri cognitivi dei disturbi psichiatrici.

5.11 Potenziamento delle reti clinico-assistenziali e tempo dipendenti

5.11.1 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 e 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 viene promossa ulteriormente l'articolazione delle reti sanitarie, con particolare riferimento a:

a) reti tempo dipendenti (infarto, ictus, traumatologica, neonatologica);
b) reti clinico-assistenziali (ad esempio medicine specialistiche, allergologia, cardiologia, cardiovascolare, cardiochirurgia, pneumologia, neurologia, endocrino-diabetologia, dermatologia, dietetica e nutrizione clinica, gastroenterologia, epatologia, reumatologia, ginecologia e ostetricia, pediatria, neuropsichiatria infantile, oncologia, cure palliative e terapia del dolore, incontinenza urinaria e fecale, malattie rare, salute mentale, riabilitazione, servizi, laboratorio, anatomia patologica, genetica, immunotrasfusionale, radiodiagnostica, radioterapia, chirurgie specialistiche, otorinolaringoiatria, oftalmologia, maxillo facciale, trapianti e donazioni, 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.

5.11.2 Le malattie neurodegenerative

I dati epidemiologici mostrano un'età anziana caratterizzata da patologie neuro-degenerative, tra le quali le demenze e l'Alzheimer sono quelle con la maggior diffusione. La demenza oggi rappresenta 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 cognitivi.

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.

Con il presente Piano si intende sviluppare terapie neurologiche innovative, potenziando i Centri esperti e garantendo il collegamento funzionale con i presidi territoriali e le strutture residenziali e semiresidenziali.

La malattia di Parkinson rappresenta la seconda malattia neurodegenerativa più diffusa dopo l'Alzheimer e le demenze. Circa 20000-22000 persone ne soffrono in Piemonte, con tendenza all'aumento. Anch'essa pone una sfida significativa al nostro sistema sanitario.

La Regione Piemonte, in considerazione della gravità della situazione, già nel 2021 (determinazione dirigenziale 26 marzo 2021, n. 442), ha adottato il PSDTA Parkinson (Percorso di salute e diagnostico-terapeutico-assistenziale) regionale che dovrà essere esteso a tutte le ASL, secondo le specifiche territoriali, sotto il coordinamento dell'Assessorato e dell'Azienda Zero.

5.11.3 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 richiesti nel periodo pandemico.

Al forte aumento della domanda e dell'incidenza deve corrispondere un contestuale potenziamento dei servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA) territoriali e 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.

La Giunta regionale si impegna a potenziare i servizi di NPIA territoriali e ospedalieri per soddisfare i bisogni di salute in età evolutiva, favorendo il supporto alle famiglie, in collaborazione con le altre istituzioni coinvolte e con gli enti del terzo settore.

Nell'ambito dei servizi neuropsichiatrici dell'età evolutiva la Regione Piemonte, di concerto con le ASL territoriali e con gli Enti Gestori dei servizi socio-assistenziali, promuoverà l'introduzione di un approccio multidisciplinare.

5.11.4 Rete Trasfusionale

Le attività di competenza della rete della medicina trasfusionale sono parte integrante del SSN 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:

a) servizi di Immunoematologia e Medicina trasfusionale (SIMT);
b) unità di Raccolta associative (UdR);
c) 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:

a) **accorpamenti regionali** della lavorazione (per ottimizzare qualità e costi);
b) **trasporto dedicato in sicurezza** tra i punti di raccolta (anche associativi) e i centri di lavorazione/qualifica;
c) **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.

Al fine di facilitare la cooperazione con questi soggetti, si provvederà ad emanare delle Linee guida comuni per i centri trasfusionali e di raccolta e si adegueranno alla normativa vigente le Unità di raccolta associative (UdR), per garantire la sicurezza.

Al fine di superare la frammentazione gestionale e garantire l'equità di accesso e trattamento su tutto il territorio regionale, la Regione, entro il primo anno di vigenza del presente Piano, adotta inoltre linee guida operative uniformi e vincolanti per tutti i (SIMT) delle Aziende sanitarie regionali. Tali linee guida dovranno standardizzare le procedure di accreditamento, gli orari di accesso e le modalità di interazione operativa con le UdR.

La programmazione annuale dell'autosufficienza ematica deve avvenire mediante un processo di co-programmazione vincolante tra le Aziende Sanitarie e le associazioni e federazioni dei donatori, superando la logica della mera consultazione. A tal fine, è istituito un tavolo tecnico permanente presso la SRC che garantisca il confronto preventivo sui fabbisogni e sui calendari di raccolta, assicurando che le pianificazioni aziendali siano armonizzate con le capacità organizzative del Terzo Settore.

5.11.5 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 decreto ministeriale 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.

5.11.6 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:

a) AOU Città della Salute e della Scienza di Torino per tutti i principali ambiti di trapianti;
b) 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.

Nell'ambito regionale viene rafforzata 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.

5.11.7 Metodo Feldenkrais: programmi riabilitativi basati sulla neuroplasticità

La Regione promuove programmi riabilitativi basati sulla neuroplasticità, tra cui il Metodo Feldenkrais, rivolti alle persone con disturbi neuromotori. Le Aziende sanitarie valutano gli esiti clinici ai fini di una eventuale integrazione nella rete riabilitativa regionale.

5.12 Procreazione medicalmente assistita

Per 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 il presente Piano 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.

5.12.1 Crioconservazione degli ovociti

La Regione riconosce la rilevanza della crioconservazione degli ovociti garantendo l'accesso, a carico del SSR, alle donne che devono sottoporsi a trattamenti potenzialmente riduttivi della fertilità, nei limiti della normativa vigente.

5.13 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.

La Regione Piemonte si impegna a favorire percorsi informativi sull'autismo nell'ambito dei servizi di neonatologia e pediatria al fine di favorire la diagnosi precoce, fondamentale per una corretta presa in carico.

Nel rispetto dei vigenti LEA, che tutelano il diritto della persona con autismo a fruire di percorsi di integrazione socio-sanitaria 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 multiprofessionale, 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, nonché tra servizi pubblici e servizi del privato e del privato sociale, le famiglie e le loro associazioni. Un momento cruciale è il passaggio dall'~~a~~ 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:

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

La Regione Piemonte considera, inoltre, la possibilità di valutare:

a) interventi per garantire ai centri diurni una maggiore flessibilità di posti in struttura per minori e adulti, una finestra temporale di ciò che sarà "Dopo di noi";
b) una graduale estensione del Servizio socio-educativo riabilitativo (SSER) in tutte le aree della Regione fino a raggiungere il completamento del servizio reso, nei tempi e nei modi più idonei a ottenere un risultato soddisfacente.

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 l'organizzazione e gestione operativa delle prese in carico e la gestione delle persone assistite.

5.13.1 Percorsi integrati di presa in carico lungo tutto l'arco di vita

La Regione Piemonte, in coerenza con i principi di cui all'articolo 1, comma 3, della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale), e tenuto conto delle istanze espresse dalle famiglie e da tutte le associazioni, promuove una strategia regionale organica per le persone con disturbo dello spettro autistico (DSA), articolata lungo le diverse fasi della vita, nei limiti della normativa vigente.

5.13.2 Diagnosi precoce e accesso uniforme ai servizi

Il Piano intende:

a) sviluppare un protocollo regionale per la diagnosi precoce, con il coinvolgimento dei PLS e dei MMG;
b) attivare e rafforzare équipe multidisciplinari specialistiche in tutte le aree vaste;
c) definire standard regionali sui tempi massimi tra sospetto diagnostico e presa in carico;
d) promuovere strumenti digitali, campagne informative e formazione dedicata per favorire il riconoscimento precoce dei segnali da parte delle famiglie.

5.13.3 Rete regionale per l'età adulta

Il Piano sostiene:

a) la costituzione di una rete regionale per l'autismo in età adulta, con accesso a diagnosi e rivalutazioni funzionali;
b) percorsi abilitativi e psicosociali continuativi, integrati con DSM, servizi sociali, centri per l'impiego e terzo settore;
c) la definizione di interventi personalizzati basati su valutazione multidimensionale dei bisogni.

5.13.4 Autonomia, residenzialità e "Dopo di noi"

In coerenza con la legge 22 giugno 2016, n. 112 (Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare), anche nota come legge "Dopo di noi", il Piano promuove:

a) Strutture ad alta intensità e servizi di sollievo

1) gruppi appartamento, housing sociale e co-abitazioni innovative;
2) soluzioni di sollievo e accoglienza temporanea;
3) progetti di vita individualizzati (PVI) e percorsi di educazione all'autonomia già in età adolescenziale;
4) l'utilizzo del budget di salute nei percorsi più complessi.
5) l'individuazione di strutture dedicate per situazioni ad alta complessità clinico-comportamentale;
6) il potenziamento di centri diurni specialistici e moduli residenziali temporanei;
7) la definizione di linee di indirizzo regionali sui requisiti minimi strutturali e organizzativi.

b) Formazione e qualificazione professionale

1. programmi formativi strutturati e basati su metodologie evidence-based per operatori pubblici e privati accreditati;
2. percorsi formativi anche per familiari e caregiver;
3. l'integrazione dei contenuti relativi ai DSA nei piani formativi ECM/FAD regionali;
4. indirizzi per un sistema regionale di qualificazione e riconoscimento delle competenze professionali.

c) Equità territoriale e prossimità dei servizi

1. la presenza di almeno un nodo specialistico per area vasta;
2. équipe mobili e servizi domiciliari nelle zone più carenti;
3. telemedicina e teleassistenza per consulenze specialistiche a distanza;
4. informazione, orientamento e sostegno alle famiglie.

Sono inoltre promossi:

a) sportelli autismo in ogni provincia;
b) servizi di orientamento su diagnosi, diritti, agevolazioni e progettualità;
c) consulenza legale, sociale e psicologica;
d) supporto alla compilazione dei progetti personalizzati;

e) governance, monitoraggio e dati epidemiologici;
f) l'attivazione di un Tavolo permanente per l'autismo, con rappresentanza istituzionale, clinica e associativa;
g) sistemi di monitoraggio e valutazione degli esiti assistenziali;
h) lo sviluppo di strumenti per la raccolta di dati epidemiologici, clinici e assistenziali, a supporto della programmazione regionale.

5.14 Disturbi d'ansia dell'età evolutiva: il mutismo selettivo

La Regione Piemonte riconosce il mutismo selettivo come disturbo d'ansia ad esordio prevalentemente in età evolutiva, caratterizzato dall'incapacità persistente di parlare in specifici contesti sociali pur mantenendo una normale competenza linguistica in altri ambienti, ad esempio in famiglia. Il PSSR prevede la promozione di percorsi di individuazione precoce del mutismo selettivo nei servizi di neuropsichiatria infantile, nei consultori e nei servizi scolastici territoriali, la definizione di PDTA dedicati e la presa in carico multiprofessionale (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista e, ove necessario, assistente sociale), in stretta collaborazione con la scuola e la famiglia. La Regione favorisce, inoltre, la formazione specifica degli operatori sanitari e scolastici sul riconoscimento del disturbo e sull'adozione di strategie comunicative e relazionali adeguate, nonché il monitoraggio degli esiti dei percorsi attivati nell'ambito del sistema informativo regionale.

5.15 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 cure palliative in base alle linee guida regionali che ne stabiliscono l'organizzazione nel rispetto dei seguenti principi:

a) globalità della presa in carico della persona malata e dei suoi familiari;
b) tutela della dignità del paziente e rispetto della sua volontà;
c) 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:

a) **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;
b) **hospice**: strutture per l'assistenza in ricovero temporaneo per pazienti affetti da patologia tumorale nonché degenerativa 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.

5.16 Assistenza spirituale e religiosa nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie, assistenziali e nei servizi domiciliari di cure palliative

L'assistenza spirituale e religiosa (ASR) nell'ambito degli ospedali pubblici, privati e no-profit, residenze socio-sanitarie e hospice è da anni una realtà operativa in continua evoluzione e segue le attenzioni, gli sviluppi organizzativi e normativi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, per realizzare sempre più una presa in carico complessiva del malato-e dei suoi familiari, nonché un sostegno altrettanto integrale per il personale che a diversi livelli e responsabilità lavora presso strutture e servizi del SSR.

Secondo l'atto d'intesa tra Regione Piemonte e Conferenza episcopale piemontese, recepita con la deliberazione della Giunta regionale 18 maggio 1998, n. 22-24597 (Servizio di Assistenza Religiosa Cattolica nelle Strutture di Ricovero - Adozione del Protocollo di Intesa fra la Regione e la Conferenza Episcopale Piemontese) e la deliberazione del Consiglio regionale 3 aprile 2012, n. 167-14087 (Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali), l'assistenza spirituale e religiosa è garantita dalle aziende sanitarie pubbliche, enti privati che realizzano presidi ospedalieri ed enti gestori che gestiscono Residenze sanitarie assistenziali in collaborazione con le Diocesi del Piemonte, che, attraverso convenzioni, concorrono al reperimento degli assistenti spirituali e religiosi e alla formazione di base, permanente e specialistica, organizzano in collaborazione e nel rispetto delle direttive dell'azienda sanitaria regionale le varie modalità e spazi di presenza, azione, con modelli organizzativi (cappellanie ospedaliere e inter-ospedaliere) e formativi per una presa in carico spirituale e religiosa, per concorrere agli obbiettivi di cura, sostegno, accompagnamento fino al fine vita e alla rielaborazione del lutto.

L'assistenza spirituale si rivela essere un'attività dal contenuto più ampio, comprendente ogni attività rivolta all'accompagnamento nel percorso di cura e ricomprende una molteplicità di attività e di interventi volti a fornire alla persona malata e alle persone per lei significative, ai caregiver e ai curanti quegli aiuti e quei conforti spirituali e umani che nella specifica circostanza gli sono necessari nell'affrontare la malattia, le azioni, la cura, la riabilitazione e i percorsi di fine vita. L'assistenza spirituale risulta essere parte integrante dell'assistenza religiosa, fornita dai soggetti legittimati all'interno delle strutture obbliganti, ma allo stesso tempo è anche una realtà più vasta e variegata, una moderna assistenza religiosa che non può esimersi dall'essere innanzitutto un percorso volto al potenziamento della dimensione spirituale propria di ogni essere umano che poi nella sua assoluta libertà può aprirsi alla dimensione religiosa.

L'ambito delle cure palliative è da sempre un "*locus clinico*", culturale e di servizio dove si è posta in modo integrato, con la dimensione clinica e di cura, l'attenzione alla necessità della presa in carico spirituale e religiosa. La presenza nell' équipe dell'Unità operativa di cure palliative (UOC.P) degli assistenti spirituali come da deliberazione della Giunta regionale 14 ottobre 2002, n. 15-7336 "Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti all'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma Regionale per le cure palliative. Parziale modifica della deliberazione della Giunta regionale n. 17-24510 del 06 maggio 1998 fa sì che le cure palliative comprendano interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali organizzati a livello ambulatoriale, domiciliare o residenziale. Hanno il fine di controllare il dolore e gli altri sintomi e, in generale, i problemi psicologici, sociali e spirituali dei malati stessi, per assicurare la migliore qualità di vita possibile nel rispetto della dignità e dell'integrità della persona stessa. L'assistenza religiosa, nel rispetto della volontà del paziente, si inserisce anch'essa nel processo di sostegno e accompagnamento del percorso di cura fino al fine vita e alla rielaborazione del lutto per i familiari.

Il percorso di convenzionamento delle strutture socioassistenziali con le Diocesi per l'assistenza spirituale e religiosa, pur procedendo, risulta tuttavia parziale ed esiste la necessità di completarne la realizzazione, anche da parte degli enti che ancora non hanno proceduto al convenzionamento stesso, che garantisce la presenza di

personale formato e incaricato dall'Ordinario del luogo. Per quanto concerne la presa in carico spirituale e religiosa nelle Cure palliative domiciliari è necessario che ogni UOCP possa dotarsi di Assistenza spirituale e religiosa, in regime di convenzionamento, al fine di garantirla anche al domicilio del paziente, con personale formato e nominato dall'Ordinario del luogo.

5.17 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, a un'anticipazione del primo picco di esordio dei disturbi del comportamento alimentare fino a coinvolgere gli anni dell'infanzia e della pre-pubertà, e a 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 NPIA. In questo contesto sono stati condivisi specifici Percorsi sanitari 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.

Con il presente Piano vengono potenziate 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.

A tal fine, la Regione promuove, come obiettivo prioritario, la promozione di centri di alta specializzazione dedicati esclusivamente ai pazienti affetti da DNA.

Inoltre, la Regione promuoverà la creazione di una rete ambulatoriale territoriale specializzata nella prevenzione e nella cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA). Il trattamento ambulatoriale consente, infatti, di curare il paziente senza allontanarlo dall'ambiente abituale della sua vita. Una rete ambulatoriale capillarmente diffusa sul territorio regionale consentirà di ridurre in modo significativo la necessità di ricorrere ai ricoveri ospedalieri e presso le residenze, nonché di seguire i pazienti che siano stati dimessi. Gli ambulatori dovranno consentire al paziente di beneficiare di un'équipe multidisciplinare, che comprenda professionisti con competenze in psichiatria, in nutrizione e in pediatria.

La Regione promuove anche programmi di sensibilizzazione e prevenzione precoce in età evolutiva, in particolare nelle scuole e nei contesti sportivi, mediante la collaborazione tra servizi sanitari, istituzioni educative, MMG, pediatri e Terzo Settore. In tal senso, la Regione sostiene le associazioni e le famiglie incentivando interventi di supporto psicologico, gruppi di auto-aiuto e sportelli di consulenza e rafforza gli

strumenti di monitoraggio epidemiologico mediante sistemi informativi che consentano la raccolta e l'analisi dei dati relativi a incidenza, esiti e qualità dell'assistenza. A tal fine, sono incoraggiati l'utilizzo della telemedicina e di piattaforme digitali per il follow-up clinico, riducendo le barriere di accesso e favorendo una presa in carico tempestiva, investendo su percorsi di cura multidisciplinare e sulla continuità della cura dall'età pediatrica a quella adulta.

5.17.1 Dietologia e nutrizione clinica

La dietologia e la nutrizione clinica rappresentano componenti trasversali alla prevenzione e cura delle principali patologie croniche (malattie cardiovascolari, diabete, obesità, malnutrizione, patologie oncologiche), nonché alla promozione di sani stili di vita in tutte le fasce di età.

La Regione Piemonte intende:

a) potenziare le strutture di dietologia e nutrizione clinica delle aziende sanitarie, garantendone la presenza nei principali percorsi clinico-assistenziali;
b) promuovere l'integrazione tra dietologi, nutrizionisti, MMG, PLS e specialisti, con la definizione di percorsi condivisi;
c) attuare programmi di prevenzione comunitaria orientati alla promozione di un'alimentazione equilibrata nei contesti scolastici, lavorativi e nelle mense collettive;
d) prevedere specifici percorsi per la presa in carico della malnutrizione nell'anziano, della nutrizione nel paziente oncologico e delle condizioni a elevato rischio nutrizionale.

5.18 Hikikomori

Tra le problematiche emergenti di salute mentale in età adolescenziale e giovanile, merita particolare attenzione il fenomeno del ritiro sociale prolungato (hikikomori), caratterizzato da un isolamento pressoché totale dalla vita scolastica, lavorativa e relazionale, con permanenza per lunghi periodi nell'abitazione o nella propria stanza. Tale condizione, spesso associata a disturbi d'ansia, dell'umore o del neurosviluppo, comporta un forte impatto sul benessere psicologico della persona, sul nucleo familiare e sui percorsi formativi e di inserimento lavorativo. Il Piano socio-sanitario promuove il riconoscimento precoce di queste situazioni, il potenziamento dei servizi di salute mentale in età evolutiva, l'adozione di équipe multidisciplinari in grado di operare anche attraverso interventi domiciliari e modalità da remoto, nonché il raccordo strutturato con scuole, servizi sociali e terzo settore, al fine di favorire il graduale rientro in percorsi di vita attiva e la prevenzione della cronicizzazione del ritiro sociale.

5.19 Fibromialgia

Le malattie di origine reumatica, quali ad esempio sclerodermia e fibromialgia, sono numerose e in molti casi di difficile diagnosi, altamente invalidanti e prive di trattamenti farmacologici risolutivi. La Regione Piemonte si impegna alla diffusione di percorsi di presa in carico uniformi e condivisi in tutte le ASL.

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, diagnostico, terapeutico, assistenziale (PSDTA) regionale per la sindrome fibromialgica, finalizzato alla promozione di modalità di cura condivisi e 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, antalgici e psicologi, presso le strutture aziendali regionali.

Questo modello viene sviluppato ulteriormente per abbattere il ritardo diagnostico e assicurare una presa in carico sempre più precoce e tempestiva dei pazienti. Inoltre, sarà promosso a livello nazionale l'inserimento della patologia nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), affinché venga riconosciuta come diritto esigibile su tutto il territorio.

5.20 Fibrosi cistica

Il modello programmatorio e organizzativo per la presa in carico dei pazienti affetti da fibrosi cistica è oggetto di riqualificazione, 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:

a) promuovere la prevenzione primaria e diagnosi precoce e prenatale della fibrosi cistica;
b) gestire cura e riabilitazione dei pazienti;
c) favorire l'educazione e l'informazione sanitaria del paziente, dei familiari e della popolazione, con riferimento alla cura e alla prevenzione della malattia;
d) provvedere alla formazione e all'aggiornamento professionale del personale socio-sanitario dedicato;
e) promuovere programmi di ricerca per migliorare le conoscenze cliniche della malattia.

5.21 Endometriosi

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

a) promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento delle cure;
b) sviluppare la conoscenza della patologia e dei suoi effetti in ambito sanitario, sociale, familiare e lavorativo;
c) 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 e organizzativi, è necessario sviluppare metodologie adeguate per:

a) la definizione del sistema complessivo di prevenzione, diagnosi e terapia;
b) l'effettiva rilevazione degli indicatori di processo e di esito;
c) la messa in atto delle azioni preventive e correttive ai fini del miglioramento continuo, anche attraverso lo sviluppo dello specifico PSDTA di riferimento.

Si prevede l'implementazione di un modello integrato per la presa in carico globale e continua delle pazienti con sospetto o con diagnosi definitiva di endometriosi. É stato costituito l'Osservatorio regionale dedicato, finalizzato primariamente a:

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

5.22 Vulvodinia e dolore pelvico cronico: riconoscimento e presa in carico

La vulvodinia e il dolore pelvico cronico sono condizioni caratterizzate da dolore persistente a carico dell'area vulvare e pelvica, frequentemente sottodiagnosticate e associate a rilevanti ripercussioni sulla qualità di vita, sulla salute sessuale e sul benessere psicologico e relazionale delle donne. La Regione con il presente PSSR riconosce la vulvodinia e il dolore pelvico cronico come ambiti prioritari di intervento e si impegna a:

a) definire un PSDTA regionale per la diagnosi, la presa in carico e il follow-up delle persone con vulvodinia e dolore pelvico cronico, con criteri omogenei di accesso sul territorio regionale, indicando livelli di complessità assistenziale, modalità di invio e di presa in carico integrata tra ospedale e territorio;
b) attivare e sostenere campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione, con particolare attenzione alle fasce giovanili;
c) favorire la creazione e il sostegno di reti di supporto e di mutuo aiuto, in collaborazione con associazioni di pazienti e realtà del terzo settore, al fine di offrire alle persone affette da vulvodinia e dolore pelvico cronico informazioni, orientamento e sostegno concreto nel percorso di cura;
d) promuovere, nelle sedi competenti di confronto con lo Stato e con le Regioni, il pieno riconoscimento della vulvodinia e del dolore pelvico cronico quali patologie croniche e invalidanti ai fini dell'aggiornamento dei LEA e dell'eventuale esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, favorendo l'accesso uniforme alle prestazioni sul territorio nazionale.

5.23 La Rete piemontese per le 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~~,~~ e sulla tempestiva diffusione di informazioni al personale coinvolto, ai pazienti e alle associazioni, secondo un'impostazione omogenea di attività erogate dai presidi della rete; inoltre, attua la presa in carico dei pazienti in forma multicentrica e multidisciplinare, allineandosi alle nuove impostazioni definite a livello nazionale.

Si proseguirà nel promuovere 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.

5.24 La Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

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. La Rete Oncologica 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, delle relative "interconnessioni" e il programma operativo: quest'ultimo 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 e 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, con il presente Piano si intende sviluppare e attrarre terapie innovative e personalizzate, migliorare l'integrazione tra ospedale territorio, nonché potenziare l'oncologia di prossimità, con ambulatori territoriali dedicati, collegati ai centri Hub della Rete.

5.24.1 Rafforzamento dei PDTA oncologici, centralizzazione delle competenze e superamento definitivo della frammentazione assistenziale

La Regione Piemonte introduce con il presente Piano una disciplina rafforzata dei PDTA oncologici, rendendoli strumenti obbligatori, vincolanti e uniformi per tutte le strutture della Rete Oncologica.

I PDTA costituiscono l'architrave del governo clinico regionale, garantendo che ogni cittadino acceda allo stesso livello di qualità, competenza e tempestività diagnostico-terapeutica, indipendentemente dal luogo di residenza.

I PDTA definiscono la responsabilità dei centri Hub e Spoke, i requisiti professionali minimi, le fasi del percorso, i flussi interaziendali e le tempistiche massime entro cui devono essere garantite le prestazioni essenziali.

Qualsiasi deviazione ingiustificata costituisce criticità organizzativa da correggere.

Il presente Piano stabilisce il principio della presa in carico unitaria: il cittadino deve essere al centro delle cure e dei servizi o strutture. La responsabilità assistenziale rimane in capo al nodo della Rete individuato dal PDTA per l'intero percorso diagnostico-terapeutico, salvo passaggi programmati verso i poli di eccellenza.

La centralizzazione delle casistiche complesse nei centri ad alta specializzazione diviene scelta strategica obbligata, fondata su volumi, esiti e standard clinici.

Sono introdotti tempi certi, misurabili e monitorati per gli esami diagnostici critici (diagnostica per immagini, esami istologici, biomolecolari e stadiazione), riconosciuti come livelli organizzativi essenziali. Il loro mancato rispetto determina l'attivazione di meccanismi correttivi aziendali e interaziendali.

La Regione consolida i poli di eccellenza oncologici quali Hub per le casistiche ad alta complessità, garantendo al contempo la prossimità territoriale attraverso il modello Hub&Spoke.

La Direzione Sanità istituisce un cruscotto regionale di monitoraggio degli indicatori dei PDTA, integrato nel sistema di valutazione delle aziende sanitarie, avvalendosi del Fascicolo sanitario elettronico come piattaforma unica di tracciabilità del percorso oncologico.

Al fine di garantire un governo clinico realmente efficace e coerente con gli obiettivi del presente Piano, la Regione Piemonte verifica annualmente il rispetto degli indicatori individuati per il monitoraggio dei PDTA oncologici. Tale verifica, condotta in raccordo con la Direzione sanità, costituisce parte integrante del sistema di valutazione delle aziende sanitarie e consente di monitorare la tempestività diagnostica, l'appropriatezza del percorso assistenziale, la corretta centralizzazione delle casistiche complesse verso i poli di eccellenza e la continuità della presa in carico. Gli esiti del monitoraggio annuale potranno determinare l'adozione di azioni correttive, indirizzi operativi e misure di rafforzamento organizzativo, con l'obiettivo di ridurre le disomogeneità territoriali e garantire standard omogenei di qualità ed equità delle cure oncologiche sull'intero territorio regionale.

La Regione assume un impegno inequivocabile: ogni paziente oncologico deve trovare nel sistema regionale un percorso definito, unico, tracciabile e tempestivo. La frammentazione organizzativa e la variabilità territoriale non sono più compatibili con un modello moderno ed equo di presa in carico.

5.24.2 Multidisciplinarità nei percorsi BRCA

La Rete oncologica assicura che i percorsi dedicati ai portatori di mutazioni di "BReast CAncer" (BRCA) includano la presenza integrata di genetista clinico, oncologo esperto in sindromi ereditarie, senologo, ginecologo oncologo, urologo, gastroenterologo e psicologo.

5.24.3 Tavolo tecnico permanente BRCA

È istituito presso la direzione sanità un tavolo tecnico permanente sulle sindromi ereditarie oncogenetiche BRCA, incaricato di aggiornare annualmente i protocolli, valutare l'andamento delle esenzioni e proporre adeguamenti organizzativi e tariffari.

5.25 La Rete regionale 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 un'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:

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

Il presente Piano intende concentrare le competenze e costituire allo stesso tempo una "rete di prossimità" per i bisogni semplici e frequenti, a livello territoriale e ospedaliero, così da garantire sicurezza, efficacia e alta professionalità, secondo un modello integrato di erogazione delle prestazioni.

La Regione Piemonte, in coerenza con la Deliberazione della Giunta regionale 8-2175 del 30 ottobre 2020 e con il "Profilo assistenziale condiviso per l'intercettazione precoce e per la presa in carico del disagio psichico perinatale e per la prevenzione della depressione post partum", riconosce la depressione post partum come disturbo prevenibile, a elevato impatto sulla salute della donna e sulla relazione madre–bambino. Il PSSR prevede il rafforzamento della rete perinatale attraverso lo screening sistematico del disagio psichico in gravidanza e nel post partum nei consultori familiari, nei punti nascita, nei servizi di ostetricia, pediatria di libera scelta e medicina generale, con presa in carico precoce delle donne a rischio o francamente patologiche. Sono promossi percorsi multiprofessionali integrati tra servizi di psicologia, psichiatria, neuropsichiatria infantile, servizi sociali e rete territoriale, nonché specifici programmi formativi per gli operatori coinvolti, con monitoraggio degli esiti tramite indicatori dedicati.

5.26 Trattamento riabilitativo delle persone con lesione del midollo spinale

Il trattamento riabilitativo per le persone con lesione del midollo spinale è offerto presso l'Unità Spinale dell'Ospedale Maggiore di Novara e presso l'Unità Spinale Unipolare (USU) di Torino. Quest'ultima, ubicata davanti al CTO ed entrata in funzione nel luglio 2007, è stata per lungo tempo un punto di riferimento per il trattamento riabilitativo delle persone con lesione del midollo spinale a livello sia italiano che europeo e svolge una funzione sovrazonale.

Le Unità Spinali non hanno soltanto una funzione medico-riabilitativa, ma sono cruciali anche al fine del reinserimento sociale delle persone colpite da mielolesione.

La Regione, riconoscendo il valore e l'importanza dell'USU di Torino, intende valorizzare le predette strutture al fine di garantire continuità assistenziale ai pazienti, riducendo tanto i costi a carico delle famiglie,-quanto l'impatto emotivo sui pazienti e sui congiunti dovuto alla necessità di spostarsi fuori regione per ricevere le cure.

5.27 Sovrappeso e obesità

L'obesità è riconosciuta come una patologia cronica e complessa, con origine multifattoriale, che comporta alterazioni metaboliche, ormonali e funzionali e aumenta il rischio di altre malattie e comporta significative implicazioni sanitarie, sociali ed economiche.

In Piemonte, tale condizione patologica costituisce un fenomeno in crescita, con importante compromissione della qualità della vita dei cittadini e ripercussione sulla sostenibilità del sistema sanitario regionale. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità e della Sorveglianza PASSI, circa il 9% della popolazione piemontese adulta risulta obesa e il 28% in sovrappeso, con un incremento tra i bambini e gli adolescenti.

La Regione Piemonte ha già recepito l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2022, concernente le "Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità" che forniscono indicazioni per prevenire e contrastare l'obesità, in particolare quella infantile, con l'obiettivo di giungere a scelte organizzative e comportamenti professionali omogenei e realizzare una rete integrata, tra l'area preventiva e quella clinica, per un precoce e immediato inquadramento preventivo e clinico-nutrizionale della malattia.

La legge 3 ottobre 2025, n. 149, (Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità), ha dettato i principi fondamentali in materia, al fine di garantire la tutela della salute e migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da obesità, definita malattia progressiva e recidivante e inserita tra i LEA affinché ne sia assicurata la prevenzione e la cura attraverso il SSN.

La gestione integrata dell'obesità richiede un approccio multidisciplinare e di rete, che coinvolga specialisti, medici di base, dietisti, psicologi e operatori sanitari.

La Regione Piemonte, pertanto, prevede come prioritarie le seguenti finalità:

a) promozione di stili di vita sani e attivi;
b) educazione alimentare e potenziamento della presa in carico clinica e territoriale, con particolare attenzione alla popolazione scolastica, inclusi percorsi di cura multidisciplinari e centri di riferimento per la chirurgia bariatrica;
c) coinvolgimento di istituzioni scolastiche, comuni, università, soggetti del terzo settore e operatori economici, per favorire, tramite le ASL, l'attivazione di reti territoriali e comunità locali;

d) realizzazione di nuove forme di sensibilizzazione e comunicazione che coinvolgano la società moderna, a tutti i livelli possibili e includendo le diverse fasce di età, affinché prevalga la cultura del consumo dei cibi sani;
e) attuazione di campagne informative per incentivare l'innovazione tecnologica che supporti la gestione dell'obesità.

5.28 Potenziamento dei servizi per anziani non autosufficienti

Nel 2025, in Piemonte vivono attualmente 1.121.870 anziani over 65, di cui 147.564 (pari al 13,15%) sono assistiti a domicilio, mentre 29.093 sono quelli che beneficiano o hanno beneficiato di inserimento in nuclei RSA (dati FAR-SIAD al 9/12/2025).

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 consistono in:

a) 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. Le eventuali risorse liberate dalla razionalizzazione di servizi territoriali, reti ospedaliere ed Emergenza-Urgenza sono destinate allo sviluppo della rete dei servizi, contribuendo a una più equa distribuzione tra province e distretti, in funzione della prevalenza relativa degli anziani non autosufficienti;
b) qualificare e differenziare delle cure domiciliari. Le cure domiciliari possono essere distinte in base alle seguenti vocazioni:
    1. supporto ad anziani non autosufficienti con prevalenti bisogni socio-assistenziali;
    2. sostegno alle dimissioni protette ospedaliere per la definitiva stabilizzazione del paziente;
    3. 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.

c) valorizzare le 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.
d) valorizzare e sostenere le attività rivolte agli anziani non autosufficienti delle Aziende Pubbliche dei Servizi alla Persona (APSP) e delle ex Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB) riordinate ai sensi delle leggi regionali n. 10/1991, n.11/1991 e n. 12/2017.

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

5.29 Assistenza domiciliare avanzata (ADA)

Nell'ambito del rafforzamento della rete territoriale e dell'integrazione sociosanitaria, la Giunta regionale 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, IFoC o case manager, assistente sociale, fisioterapista, operatore socio-sanitario e, quando necessario, specialisti di riferimento, quali palliativista, geriatra, pneumologo, neurologo. Sulla base della VMD, sarà definito un Piano assistenziale individualizzato (PAI), condiviso con il paziente e la rete familiare, che guiderà l'erogazione delle prestazioni. Le cure erogate in ambito ADA comprendono assistenza infermieristica avanzata, come ad esempio, 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.

5.30 Ottimizzare l'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:

a) l'aumento delle prestazioni ambulatoriali e specialistiche in neuropsichiatria infantile;

b) 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.

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

La Regione ritiene prioritario riaprire quanto prima, presso l'Ospedale Sant'Anna, l'area funzionale del Centro Nascita e promuovere, secondo quanto previsto dal Documento BRO (acronimo di Basso Rischio Ostetrico) del 23 ottobre 2017, la creazione di ulteriori aree funzionali per le gravidanze BRO in altre UU.OO. di ostetricia e ginecologia piemontesi. Inoltre, si ritiene necessario assicurare il corretto funzionamento dei Comitati percorso nascita in ciascuna azienda ospedaliera interessata.

Gli interventi

Alla luce di quanto emerso, vengono potenziati i seguenti interventi:

a) rafforzamento del **percorso nascita;**
b) promozione della **salute dell'infanzia e dei bambini** in età scolare e adolescenziale;
c) integrazione tra i diversi servizi, favorendo sicurezza e qualità delle cure;
d) **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;
e) **presidio del disagio psicologico e neuropsichico in età evolutiva** con potenziamento dei servizi di Neuro Psichiatria Infantile Adolescenziale (NPIA) in modo che siano estesi in modo più capillare sul territorio.

Per quanto riguarda il **Percorso Nascita**, in particolare, si prevedono i seguenti interventi:

a) rafforzare i servizi e gli interventi di assistenza ostetrica sia in fase prenatale che post-natale, promuovendo percorsi di presa in cura con continuità assistenziale, con percorsi differenziati in base al livello di rischio;
b) avviare una valutazione della offerta di assistenza one to one durante il travaglio e il parto nei Punti Nascita;
c) attivare cure domiciliari (home visiting e assistenza domiciliare ostetrica) per fornire sostegno alla genitorialità e porre attenzione al disagio emotivo e psichico che spesso si verificano nella fase post-natale;
d) garantire la multiprofessionalità all'interno dei percorsi di presa in carico nell'ambito della riorganizzazione delle prestazioni specialistiche condivise tra OIRM e Sant'Anna;
e) definire a livello regionale un sistema di monitoraggio dell'assistenza al percorso nascita;
f) potenziare, in tale ambito, uno strumento fondamentale per il percorso nascita rappresentato dall'Agenda di gravidanza.

5.31 Screening prenatale non invasivo

La Regione Piemonte, nell'ambito delle politiche di tutela della salute materno-infantile, introduce lo screening prenatale non invasivo (NIPT) quale componente qualificante del percorso nascita, con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle tecnologie di diagnosi precoce, ridurre le disuguaglianze territoriali e promuovere scelte consapevoli.

Il Piano prevede di:

a) estendere, a seguito di aggiornamento della normativa nazionale, progressivamente l'accesso gratuito al NIPT a tutte le donne in gravidanza che desiderino avvalersene, favorendo equità e uniformità territoriale nell'offerta;
b) integrare il NIPT nei protocolli regionali del percorso nascita, garantendo counselling pre-test e post-test in coerenza con le linee di indirizzo nazionali e internazionali;
c) rafforzare il ruolo dei consultori familiari nella presa in carico della gravidanza fisiologica, assicurando informazione completa, trasparente e aggiornata sulle opzioni di screening prenatale;
d) coordinare i punti nascita e i servizi di ostetricia nella gestione del percorso diagnostico, con particolare attenzione ai tempi di accesso, alla qualità dell'esecuzione e alla tempestività della refertazione;
e) realizzare campagne informative regionali, rivolte alle donne e alle coppie, per migliorare la conoscenza dell'offerta e promuovere decisioni consapevoli e non condizionate da fattori economici;
f) definire indicatori di monitoraggio, relativi a accessibilità, counselling, tempi di esecuzione e refertazione, riduzione di esami invasivi inutili e soddisfazione delle utenti.

5.32 Diffondere interventi di prevenzione e promozione della salute

La prevenzione rappresenta un pilastro fondamentale per la salute pubblica e la sostenibilità dei sistemi sanitari. Al fine di favorire la prevenzione sanitaria e di promuovere la cultura della donazione, la Giunta regionale sostiene azioni di informazione e sensibilizzazione rivolte alla popolazione piemontese, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e le realtà associative. Tra le sfide principali rientrano 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:

a) Piano Regionale di Prevenzione;
b) Piano gestione emergenze pandemiche da virus e batteri (PanFlu);
c) Piano regionale per la gestione delle arbovirosi;
d) Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV);
e) Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico resistenza (PNCAR) e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
f) Programma regionale screening oncologici;
g) 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;
h) Coordinamento regionale per salute, ambiente, biodiversità e cambiamenti climatici;
i) Piano Regionale Integrato per i controlli sulla Sicurezza Alimentare (PRISA);

j) Piani di profilassi, eradicazione e sorveglianza delle malattie animali e Piani di gestione delle emergenze.

Gli interventi consistono in:

a) migliorare la copertura vaccinale anti-influenzale negli over 65;
b) incentivare l'adesione ai programmi di screening oncologici già attivi nell'ambito di Prevenzione Serena (mammella, cervice uterine, colon retto);
c) aumentare la copertura vaccinale contro papilloma virus umano (HPV) per rafforzare la prevenzione delle patologie correlate all'infezione da HPV;
d) 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;
e) contrastare l'antimicrobico-resistenza (AMR);
f) sviluppare programmi per la prevenzione delle dipendenze, con un focus particolare sul tema della riduzione dei rischi e dei danni e della formazione delle figure professionali che operano nell'ambito delle dipendenze;
g) migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro e i relativi controlli;
h) promuovere maggiori livelli di interazione tra Dipartimenti di Prevenzione/SISP con le altre articolazioni aziendali, il sistema delle cure primarie e i principali stakeholder esterni;
i) promuovere campagne di prevenzione della zoonosi e delle malattie infettive degli animali;
l) sostenere la prevenzione sanitaria e la promozione della cultura della donazione con azioni di informazione e sensibilizzazione, in collaborazione con istituzioni scolastiche e realtà associative.

5.33 Adeguamento di servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL)

La prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali costituisce una priorità strategica, con l'obiettivo di ridurre il fenomeno delle morti sul lavoro, fino ad annullarlo, e di migliorare la qualità delle condizioni lavorative.

La Regione Piemonte, attraverso i servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL), delle aziende sanitarie, intende:

a) adeguare gli organici e le competenze tecniche, anche mediante programmi strutturati di formazione e aggiornamento;
b) rafforzare le attività di vigilanza, assistenza e promozione della sicurezza, con particolare attenzione ai settori a maggior rischio infortunistico;
c) sviluppare strumenti informativi e formativi in più lingue, facilitando l'accesso di lavoratori stranieri alle conoscenze in materia di sicurezza;
d) prevedere in modo strutturale il coinvolgimento di mediatori culturali nei percorsi informativi e formativi rivolti ai lavoratori con diversa lingua madre, per garantire comprensione effettiva dei contenuti e delle procedure di sicurezza.
e) rafforzare il confronto con le Università piemontesi sui temi legati alla salute e alla sicurezza nei luoghi di lavoro.

5.34 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:

a) screening gratuito per Clamidia, Gonorrea e HIV, con test accessibili nei centri specializzati e nelle comunità a rischio;
b) campagne di sensibilizzazione educative rivolte ai giovani e percorsi informativi nelle scuole;
c) coinvolgimento delle organizzazioni no-profit ed enti del terzo settore per favorire l'accesso ai test, anche in luoghi non convenzionali;
d) voluntary counseling and testing;
e) 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.

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

1) la collaborazione con i Ser.D.;
2) l'individuazione di buone prassi per intercettare le categorie svantaggiate;
3) lo sviluppo di progetti di advocacy e community engagement.

5.35 Prevenzione delle patologie cronico-degenerative legate a fattori ambientali e stili di vita

Le patologie cronico-degenerative, quali obesità, diabete e dislipidemie, condizioni a cui si associano anche comorbidità cardiologiche, oncologiche e neurodegenerative, hanno una forte componente ambientale e comportamentale: l'incidenza di tali patologie può quindi essere modificata tramite politiche di prevenzione e promozione della salute, in particolar modo quelle volte al miglioramento delle abitudini alimentari e all'incremento dell'attività fisica.

La Regione Piemonte promuove la collaborazione con enti locali, istituti scolastici, mondo della formazione, terzo settore, associazioni sportive e comunità, affinché le azioni di prevenzione siano diffuse, partecipate e radicate nel territorio.

5.36 Screening neonatale esteso

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 LEA, quali l'iperplasia surrenalica congenita. La Valle d'Aosta, in coordinamento con il Piemonte, partecipa attivamente

all'organizzazione e gestione del programma. Il Piano prevede il consolidamento e il potenziamento del sistema attuale attraverso:

a) 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;
b) 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;
c) la formazione continua del personale sanitario coinvolto, per garantire l'aggiornamento su nuove tecnologie diagnostiche e su indicazioni cliniche più recenti;
d) 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.;
e) per ogni malattia diagnosticabile mediante screening neonatale, la Regione individua i centri di riferimento ai quali indirizzare le famiglie, per la presa in carico tempestiva ed efficace del paziente al quale sia stata diagnosticata la patologia.

Per migliorare significativamente la capacità diagnostica precoce, sarà ampliato il pannello di malattie incluse nello screening, comprendendo tutte le patologie per le quali lo screening è previsto dai LEA, per come verranno aggiornati a seguito dell'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni nell'ottobre 2025, in aggiornamento di quanto previsto dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio del 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", e riconosciute per la loro rilevanza clinica e trattabilità precoce. Al fine di garantire lo screening neonatale esteso per le patologie non riconosciute dai LEA sarà predisposta una 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.

5.37 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, con il presente Piano si intende 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.

Vanno, inoltre, implementate le seguenti azioni prioritarie:

a) Governance e Programmazione Strategica:
    1. Istituzione dell'Osservatorio Permanente Inter-istituzionale per la Sanità Penitenziaria Regionale.
       Al fine di garantire il confronto strategico, la pianificazione e la condivisione delle scelte, si istituisce un Osservatorio con funzioni di indirizzo, composto almeno dalla Regione, dal Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria e dalla Magistratura di Sorveglianza.
    2. Obiettivi Specifici per le ASL.
       Gli obiettivi specifici di miglioramento per la sanità penitenziaria, compresi quelli relativi alla dotazione organica, dovranno essere inclusi tra quelli assegnati annualmente ai Direttori Generali delle ASL sedi di Istituti, che avranno il compito di adottare strategie d'azione per superare l'attuale carenza di personale medico e infermieristico.
    3. Integrazione Ospedaliera.
       Incentivare la collaborazione e l'interazione tra specialisti ospedalieri e servizi penitenziari, divulgando la buona prassi di specialisti che operano con una quota del proprio tempo all'interno degli Istituti.
b) Integrazione territoriale, Salute mentale e Continuità assistenziale:
    1. Potenziamento della Rete territoriale.
       Rafforzare la collaborazione tra ASL e il Terzo Settore per la gestione dei detenuti con patologia psichiatrica e per la promozione di progetti di reinserimento socio-abitativo-lavorativo in vista della dimissione, al fine di superare l'attuale gestione emergenziale, anche al fine di rendere maggiormente efficace la prevenzione del rischio suicidario.
    2. Miglioramento delle traduzioni.
       Al fine di ridurre l'onere organizzativo delle traduzioni e garantire accessibilità alle cure specialistiche, si identifica per ciascun Istituto Penitenziario un ospedale di riferimento con canali e linee di prenotazione dedicati per le visite e gli interventi.
c) Sviluppo tecnologico e strumentale
    1. Telemedicina e strumentazione.
       Sviluppare e potenziare percorsi di Telemedicina e Teleconsulto, anche attraverso l'utilizzo dei fondi PNRR, e assicurare negli Istituti un'adeguata dotazione di apparecchiature sanitarie di base (ad esempio radiologiche, ecografi), ritenuta essenziale per la qualità assistenziale e per motivare il personale.

Con il presente Piano si intende rafforzare gli interventi di salute mentale negli istituti penitenziari, puntando sulla prevenzione del disagio psichico e sulla riduzione dell'uso non appropriato di psicofarmaci. Si prevede di valorizzare il ruolo del Garante regionale delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale (GTISP) come osservatorio tecnico e sede di programmazione condivisa nonché di consolidare la

collaborazione tra ASL e GTISP in modo che possa svolgere pienamente il presidio di trasparenza, monitoraggio e tutela del diritto alla salute in carcere.

Fintanto che sarà presente sul territorio regionale un Centro per la permanenza e il rimpatrio, la Regione rafforzerà l'assistenza sanitaria all'interno del Centro. In particolare, la Regione si adopererà a far sì che venga garantita una adeguata assistenza psicologica e, ove occorra, psichiatrica, anche al fine di valutare la permanente idoneità alla permanenza nel Centro delle persone vulnerabili.

5.38 Rete regionale per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza

Il Piemonte è stata la prima Regione in Italia ad attivare una rete funzionale a perseguire gli obiettivi di diagnosi, prevenzione e cura dell'incontinenza. La rete costituisce un'eccellenza del sistema sanitario piemontese che, grazie alla sua multidisciplinarietà e alla sua capillarità territoriale, permette di offrire un'adeguata offerta sanitaria ai piemontesi che soffrono di incontinenza.

Con il presente Piano, la Regione intende potenziare la rete per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza, che costituisce un esempio per le altre Regioni italiane.

5.39 Internalizzazione dell'Attività di Società assistenza acuzie e post acuzie s.p.a (SAAPA) nell'ASL TO4

Il rafforzamento della capacità amministrativa e gestionale delle Aziende sanitarie rappresenta una leva strategica imprescindibile per garantire l'effettiva attuazione dei nuovi modelli di assistenza territoriale introdotti dal decreto ministeriale 77/2022 e per sostenere gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione sanitaria pubblica, così come sanciti dal decreto legislativo 502/1992.

In tale quadro, l'internalizzazione delle attività di SAAPA si configura come una scelta organizzativa orientata a consolidare il governo pubblico dei processi a supporto dei percorsi assistenziali, riducendo frammentazioni operative, dipendenze esterne e disallineamenti tra programmazione, gestione e controllo. La crescente complessità dei sistemi di presa in carico, in particolare nelle Case della comunità, negli Ospedali di comunità e nelle Centrali operative territoriali, richiede, infatti, strutture pienamente integrate con i processi clinico-assistenziali e capaci di operare in modo coordinato con le direzioni strategiche.

L'internalizzazione delle funzioni SAAPA consente di valorizzare competenze interne, standardizzare procedure, rafforzare la continuità dei percorsi di cura e liberare tempo professionale ai clinici, contribuendo in modo diretto al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, alla riduzione delle liste d'attesa e al miglior utilizzo delle risorse disponibili. Tale scelta si inserisce, inoltre, nel più ampio processo di digitalizzazione del SSR, favorendo l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico, il CUP unico regionale, i sistemi di controllo di gestione e le piattaforme di monitoraggio PNRR.

In coerenza con la programmazione regionale e con gli indirizzi nazionali ed europei, l'internalizzazione delle attività di SAAPA non deve essere intesa come un mero riassetto organizzativo, ma come un investimento strutturale sul capitale umano, sulla qualità dei processi e sulla capacità del sistema sanitario piemontese di governare il cambiamento, garantendo equità di accesso, trasparenza amministrativa e sostenibilità nel medio-lungo periodo.

Attualmente il servizio SAAPA versa in una condizione di significativa criticità sotto il profilo sia gestionale sia amministrativo, con effetti rilevanti sull'equilibrio economico-finanziario, determinando la formazione di una consistente esposizione debitoria. L'internalizzazione delle attività rappresenta, pertanto, una misura necessaria per il ripristino di un adeguato governo dei processi nonché per la tutela della continuità

assistenziale dei pazienti e delle condizioni operative e professionali del personale impiegato nel servizio SAAPA.

Ai sensi dell'articolo 10 della legge regionale 29 novembre 2024 n. 26 (Disposizioni finanziarie e variazione del bilancio di previsione finanziario 2024-2026.) la Giunta regionale è stata autorizzata, previa apposita valutazione di convenienza economica dell'operazione, a incaricare l'azienda sanitaria locale TO4 allo scopo di acquisire e internalizzare l'attività della SAAPA in liquidazione, nonché a trasferire all'azienda sanitaria medesima le risorse finanziarie necessarie per la definizione delle situazioni giuridiche e per consentire l'acquisizione dell'azienda e la prosecuzione dell'attività sanitaria. La Giunta regionale, con propria deliberazione 16 giugno 2025, n. 11-1245, informata la commissione consiliare competente, ha provveduto a porre in essere i necessari provvedimenti attuativi in ordine all'Ospedale di Settimo. L'ASL TO4, ai sensi del decreto legislativo n. 502/1992 e nell'esercizio della propria autonomia gestionale, dovrà procedere in attuazione agli obiettivi strategici richiamati nel presente piano socio-sanitario e nel rispetto delle vigenti normative, alla definizione tempestiva delle situazioni giuridiche pendenti, anche mediante eventuali accordi stragiudiziali, nonché alla liquidazione delle partite debitorie, dandone successivamente informativa alla Regione.

5.40 Tutela radiologica dei professionisti sanitari

La Regione Piemonte rafforza le misure di radioprotezione a tutela degli operatori sanitari esposti durante l'attività in sala operatoria, nelle procedure interventistiche e nelle sale angiografiche, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sempre nell'ambito della normativa nazionale e regionale vigente.

A tal fine:

a) promuove programmi obbligatori di formazione continua e aggiornamento in radioprotezione per tutte le figure professionali coinvolte, quali chirurghi, cardiologi, radiologi interventisti, infermieri, TSRM, tecnici di sala, con particolare attenzione alla corretta gestione delle apparecchiature, all'ottimizzazione dei parametri radiologici, all'uso appropriato della scopia e al posizionamento degli operatori;
b) assicura la dotazione e la manutenzione periodica dei dispositivi di protezione individuale (DPI) specifici come grembiuli, collari, schermi, occhiali piombati, in conformità alle migliori pratiche nazionali ed europee, promuovendo l'introduzione graduale di tecnologie innovative di protezione "a peso ridotto" per ridurre il rischio muscoloscheletrico correlato all'utilizzo prolungato dei DPI convenzionali;
c) garantisce il monitoraggio sistematico della dose assorbita mediante dosimetria personale integrata e la classificazione dei lavoratori esposti, assicurando la tracciabilità degli esiti e il rispetto dei limiti normativi vigenti;
d) favorisce l'adeguamento tecnologico delle sale operatorie e delle sale ibride attraverso l'installazione di barriere protettive, schermi sospesi, soluzioni di schermatura ambientale e sistemi avanzati per la riduzione della dose.

5.41 Promozione della salute della donna nel climaterio e nella menopausa

La Regione Piemonte riconosce il climaterio e la menopausa come fasi fisiologiche della vita della donna caratterizzate da importanti cambiamenti biologici, psicologici e sociali, che possono incidere in modo significativo sulla qualità della vita e sul rischio di sviluppare patologie croniche, in particolare osteoporosi, malattie cardiovascolari, disturbi metabolici e disturbi dell'umore.

Il Piano prevede, nell'ambito della normativa regionale e nazionale vigente, di:

a) rafforzare l'informazione e la consapevolezza tra le donne, i professionisti sanitari e la popolazione generale sui cambiamenti associati al climaterio e alla menopausa, attraverso campagne regionali, materiali informativi e iniziative di educazione alla salute;
b) integrare nei consultori familiari e nei servizi territoriali percorsi dedicati alla salute della donna in menopausa, con particolare attenzione alla valutazione del rischio cardiovascolare, alla salute metabolica, al benessere psicologico e alla salute delle ossa;
c) promuovere l'accesso appropriato agli esami diagnostici e agli interventi di prevenzione primaria e secondaria, favorendo la definizione di protocolli regionali uniformi per la valutazione del rischio osteoporotico e cardiovascolare;
d) rafforzare la formazione dei MMG, ginecologi, ostetriche e professionisti sanitari riguardo alla gestione clinica della menopausa e agli approcci terapeutici basati su evidenze scientifiche, inclusi gli stili di vita, la nutrizione, l'attività fisica, gli interventi psicologici e le terapie farmacologiche quando appropriate;
e) promuovere la salute mentale e il benessere psicologico nella transizione menopausale, con percorsi di counselling mirati e l'integrazione con i servizi territoriali di supporto;
f) valorizzare il ruolo delle farmacie di comunità quali punti di orientamento, screening e informazione per le donne nel climaterio e in menopausa;
g) contrastare lo stigma e la disinformazione che ancora circondano la menopausa, favorendo una rappresentazione culturale più consapevole e fondata su evidenze scientifiche.

CAPITOLO 6
Integrazione socio-sanitaria

CAPITOLO 6

6. Integrazione socio-sanitaria

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.

Si 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:

a) creazione di percorsi assistenziali condivisi tra ASL, comuni e servizi sociali;
b) maggiore collaborazione con il terzo settore;
c) sviluppo di équipe multidisciplinari per pazienti fragili e non autosufficienti;
d) convenzione unica per tutta la Regione Piemonte tra le singole ASL e i singoli Enti Gestori (EE.GG.).

6.1 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. Attraverso il presente Piano si favorisce la definizione e l'adozione di protocolli operativi territoriali tra ASL, comuni, enti gestori e terzo settore per:

a) semplificare l'accesso ai servizi, attraverso la realizzazione di sportelli unici, Punti unici di accesso (PUA) e punti di contatto territoriali integrati, anche digitali;
b) garantire una valutazione multidimensionale unificata del bisogno, come base per l'elaborazione di progetti personalizzati di presa in carico;
c) 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;
d) definire ruoli, responsabilità e tempi certi nella presa in carico condivisa, attraverso strumenti di coordinamento inter-istituzionale e governance integrata;
e) rafforzare il sistema di vigilanza e controllo delle strutture e dei servizi accreditati mediante verifiche periodiche, includendo l'analisi dell'organizzazione interna, dei protocolli operativi in essere e della qualità degli interventi rivolti agli utenti, al fine di garantire standard uniformi, trasparenza e sicurezza nella presa in carico.

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.

Fondamentale sarà poi istituire, presso le commissioni di vigilanza dei distretti sanitari, sulle strutture sanitarie e socio sanitarie regionali, un sistema sicuro e anonimizzato per l'invio di segnalazioni riguardanti condotte, omissioni o comportamenti che possano ledere diritti, dignità o condizioni di benessere delle persone non

autosufficienti, garantendo la tutela della riservatezza dei segnalanti e l'attivazione di procedure tempestive di verifica e intervento da parte degli organismi competenti.

6.1.1 Partecipazione del Comitato dei sindaci e dei Consorzi socio-assistenziali ai Piani delle attività territoriali

Il Comitato dei sindaci e i Consorzi socio-assistenziali partecipano alla progettazione, attuazione e revisione dei Piani delle attività territoriali, nel rispetto della normativa vigente.

6.2 Collaborazione con il terzo settore

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. Si intende **rafforzare la collaborazione strutturata** con le organizzazioni di volontariato, le cooperative sociali e le associazioni di promozione sociale, attraverso:

a) 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;
b) il coinvolgimento stabile e continuativo nelle tavole territoriali di governance socio-sanitaria, favorendo la partecipazione attiva del terzo settore alle decisioni e alla pianificazione;
c) 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.

6.3 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:

a) costruire e gestire Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) e Piani di cura personalizzati (PCP);
b) assicurare continuità tra i diversi setting assistenziali (ospedale, territorio, domicilio);
c) attivare tempestivamente i servizi necessari (ADI, SAD, RSA aperta);

d) garantire un monitoraggio costante dell'evoluzione del bisogno.

L'approccio integrato e multidimensionale sarà assicurato da strumenti digitali, come il Fascicolo sanitario elettronico, e da sistemi di comunicazione interoperabili tra ASL, comuni e partner sociali.

6.4 Riorganizzazione dipartimentale e valorizzazione delle professioni sanitarie

Viene promossa una profonda evoluzione dell'assetto organizzativo delle ASL, 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 Socio-sanitario** e il **Dipartimento Assistenziale**.

6.4.1 Il Dipartimento Socio-sanitario

Il Dipartimento Socio-sanitario, affidato alla responsabilità di un Direttore Socio-sanitario, avrà il compito di pianificare, coordinare e valutare le attività a carattere socio-sanitario, 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 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 Socio-sanitario rientrano:

a) il monitoraggio continuo delle attività e degli esiti socio-sanitari;
b) la promozione del raccordo tra aziende, enti locali e terzo settore per garantire la continuità assistenziale;
c) l'elaborazione di proposte operative per l'integrazione tra percorsi clinici e sociali;
d) lo sviluppo di programmi di prevenzione e promozione della salute integrati;
e) 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 Socio-sanitario 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.

6.4.2 Il Dipartimento Assistenziale

Parallelamente, la Giunta regionale, con successivo provvedimento, istituirà 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, o a un dirigente delle professioni socio-sanitarie, 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 PNRR. 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.

Particolare attenzione verrà prestata nella definizione congiunta dei rapporti con gli Ambiti territoriali sociali e i loro Enti Gestori, titolari della funzione socio-assistenziale in virtù della delega dei Comuni, al fine di evitare sovrapposizioni, garantire la massima efficacia negli interventi e nell'utilizzo delle risorse nel rispetto dell'autonomia degli Enti Locali.

Sarà avviato un percorso graduale di implementazione, prevedendo sperimentazioni iniziali in alcune aziende selezionate, con successiva estensione su scala regionale.

CAPITOLO 7
Innovazione e digitalizzazione

CAPITOLO 7

7. Innovazione e digitalizzazione

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 Giunta regionale intende attuare i seguenti interventi chiave:

a) definire obiettivi aziendali misurabili per lo sviluppo della digitalizzazione, legandoli agli incentivi delle direzioni generali delle aziende sanitarie;
b) 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;
c) 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;
d) implementare un sistema di valutazione e monitoraggio basato su indicatori di performance e metriche specifiche, per misurare e governare l'impatto delle innovazioni digitali;
e) 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;
f) 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;
g) promuovere, anche mediante l'impiego di figure che possano svolgere il ruolo di "tutor digitali", la formazione dei pazienti all'utilizzo degli strumenti digitali, del FSE e della telemedicina, al fine di aumentare la consapevolezza e la dimestichezza nella popolazione con l'utilizzo di tali mezzi. Tale attività è volta in particolare a superare il cosiddetto "digital divide", con particolare riferimento alla popolazione anziana e straniera.

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

La Giunta regionale si impegna ad accompagnare l'innovazione tecnologica e la spinta al digitale con misure compensative che assicurino accessibilità e supporto a tutti gli utenti, con particolare attenzione nei confronti delle persone con disabilità.

7.1 Potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

I dati regionali relativi all'alimentazione del 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 Fascicolo sanitario elettronico (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, ossia 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.

7.2 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 LEA 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:

a) ematologia;
b) cure palliative;

c) diabetologia;
d) geriatria;
e) neuropsichiatria infantile e psicologia;
f) 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, si prevedono i seguenti interventi:

a) un modello organizzativo regionale unico per l'erogazione delle prestazioni;
b) un piano di formazione per operatori sanitari finalizzato allo sviluppo di competenze digitali e all'adozione uniforme degli strumenti;
c) il coinvolgimento delle farmacie, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) 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.

7.3 Sviluppare piattaforme basate su IA per l'analisi dei dati sanitari

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 SSR. Per garantire un'adozione coerente con i bisogni del sistema e fondata su evidenze, il Piano prevede:

a) **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;
b) **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 (ad esempio, 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, viene definita 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:

a) la selezione dei progetti pilota da sviluppare in contesti reali;
b) la definizione di indicatori per il monitoraggio degli impatti;
c) 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 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 i processi clinici, organizzativi, amministrativi e programmatori.

L’IA rappresenta una delle leve più strategiche per l’evoluzione del SSR e costituisce un pilastro trasversale delle politiche di modernizzazione del sistema delineate nel nuovo Piano socio-sanitario. L’adozione dell’IA avviene in un contesto normativo profondamente rinnovato: a livello europeo con lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari (EHDS) e a livello nazionale con la disciplina italiana che stabilisce principi di correttezza, sicurezza, trasparenza, spiegabilità e supervisione umana per l’intero ciclo di vita dei sistemi IA. Tali principi comprendono anche specifiche garanzie per la prevenzione di rischi significativi per il dibattito pubblico, per il funzionamento democratico delle istituzioni e per la tutela dei diritti fondamentali, secondo quanto stabilito dalla normativa nazionale. Questi valori guidano le scelte regionali, orientate a un utilizzo dell’IA che sia realmente finalizzato a migliorare la qualità delle cure, l’efficienza organizzativa, la programmazione e la sostenibilità.

In sanità, l’IA può potenziare tutte le principali funzioni: dalla diagnostica alla prevenzione, dalla gestione delle cronicità all’organizzazione dei servizi, fino al governo clinico. L’integrazione di dati clinici, amministrativi, diagnostici e ambientali consente l’elaborazione, tramite modelli predittivi, di sistemi capaci di anticipare il rischio di ospedalizzazione, individuare precocemente segnali di malattie croniche complesse o patologie oncologiche, e supportare la medicina di precisione attraverso l’analisi combinata di biomarcatori, referti, imaging e dati genetici.

L’IA permette inoltre di identificare inappropriatezze prescrittive e diagnostiche, ridurre esami duplicati e orientare i professionisti verso percorsi di cura più aderenti ai bisogni clinici reali, contribuendo a una gestione più sostenibile delle risorse e a una migliore qualità degli esiti. In coerenza con la normativa nazionale, tali applicazioni devono essere sviluppate garantendo qualità, affidabilità, robustezza e verificabilità dei modelli, oltre alla documentazione dei dati, delle logiche e dei processi utilizzati.

Un ambito strategico riguarda la gestione delle cronicità e delle multimorbidità, che coinvolgono una quota crescente della popolazione regionale. Attraverso sistemi avanzati di stratificazione del rischio e strumenti predittivi, l’IA consente di identificare i pazienti fragili, prevenire il deterioramento clinico, potenziare i servizi territoriali e alimentare percorsi personalizzati coerenti con l’impianto del DM 77/2022. Il monitoraggio continuo dei parametri clinici e dei dati dell’FSE - integrato con i profili sintetici sanitari, il dossier farmaceutico e gli esiti degli esami di laboratorio - permette una presa in carico più tempestiva e proattiva. L’utilizzo di tali strumenti richiede l’adozione di misure tecniche e organizzative adeguate a tutelare i dati personali e i diritti degli assistiti, secondo quanto previsto dal quadro nazionale e dalle autorità indipendenti competenti.

L’IA rappresenta anche un fattore chiave per il miglioramento dell’accesso ai servizi. L’integrazione dell’IA nei sistemi di prenotazione (CUP) consente di ottimizzare dinamicamente le agende, prevedere la domanda per territorio e patologia, gestire automaticamente disdette e riprogrammazioni, migliorare la continuità delle prestazioni e ridurre i tempi di attesa. Assistenti virtuali basati su IA, disponibili 24 ore su 24, possono agevolare i cittadini nell’individuazione della prestazione corretta, riducendo errori, incrementando la soddisfazione degli utenti e liberando risorse amministrative da dedicare ad attività assistenziali ad alto valore aggiunto. Il CUP diventa così non solo una piattaforma operativa, ma uno strumento predittivo e proattivo di programmazione dell’offerta territoriale. Tutte le soluzioni adottate nel SSR dovranno essere tracciabili e

conoscibili, con obbligo di informazione sui sistemi IA utilizzati e sulle loro finalità, in coerenza con gli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa nazionale per la Pubblica Amministrazione.

Il pieno utilizzo dell'IA in sanità richiede tuttavia un forte investimento sulle competenze dei professionisti. Come evidenziato anche a livello nazionale, l'introduzione delle tecnologie intelligenti deve accompagnarsi a programmi strutturati di formazione continua, upskilling e reskilling, affinché gli operatori sanitari e amministrativi possano "fidarsi" degli strumenti, comprenderne le logiche, interpretare i Key Performance Indicator (KPI), individuare bias o anomalie e supervisionare l'operatività degli algoritmi. L'adozione dell'IA non può essere confinata ai laboratori informatici: deve entrare nel quotidiano dei reparti, dei distretti, dei servizi di prevenzione, dei centri di prenotazione e dei percorsi di cura. A tale scopo, il Piano promuove approcci metodologici basati su sperimentazioni controllate, principi di Minimum Viable Product (MVP), definizione a monte di indicatori chiave e verifiche progressive per scalare solo gli interventi che generano valore. Tali percorsi dovranno essere coerenti con le indicazioni nazionali che promuovono la creazione di ecosistemi di ricerca e sperimentazione, anche in collaborazione con università, ITS Academy e organismi di ricerca.

È altrettanto fondamentale garantire trasparenza e partecipazione. In linea con le indicazioni nazionali sull'uso dell'IA nella Pubblica Amministrazione, gli enti del SSR dovranno assicurare la tracciabilità dei sistemi impiegati, la comprensibilità del loro funzionamento da parte dei cittadini e dei professionisti e la protezione dei diritti fondamentali nell'intero ciclo di vita dei modelli. Gli enti dovranno, inoltre, garantire che i sistemi IA siano conformi ai requisiti verificati dalle autorità competenti, in particolare AgID per l'accreditamento e l'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale per la vigilanza e le attività ispettive, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale. Le politiche di innovazione prevedono inoltre il coinvolgimento delle comunità locali, l'utilizzo di strumenti digitali per la consultazione pubblica, campagne informative e la valorizzazione della ricerca regionale e delle università, in coerenza con quanto stabilito anche dalla normativa nazionale in tema di spazi di sperimentazione e trasferimento tecnologico.

Nel complesso, l'IA costituisce un pilastro strategico del PSSR, capace di rendere il sistema sanitario più predittivo, personalizzato, connesso, equo, accessibile e sostenibile. La Giunta regionale, nel rispetto delle vigenti normative nazionali, si impegna a promuovere un'adozione dell'IA che sia responsabile, sicura, centrata sulla persona e fondata su evidenze scientifiche, con una governance forte e coerente, in grado di trasformare l'innovazione tecnologica in valore concreto per la salute dei cittadini.

7.4 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 PNRR, 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 30 dicembre 2024, n. 10-692 (Art. 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 - Piani Terapeutici e schede di prescrizione dei farmaci.

Indicazioni tecnico-operative per l'informatizzazione. Spesa prevista 2 €/mln - capitoli di spesa del Bilancio di esercizio 2025 della Direzione A14 Sanità, Missione 13 - Tutela della Salute Programma 1), riguardante i Piani Terapeutici e le Schede di Prescrizione farmacologica.

Gli obiettivi chiave dell'estensione del sistema includono:

a) 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;
b) 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;
c) 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;
d) ottimizzazione dei flussi documentali e operativi, riducendo tempi e oneri amministrativi, e permettendo agli operatori di focalizzarsi maggiormente sull'attività clinica e assistenziale;
e) integrazione completa con il FSE, 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;
f) utilizzo della firma digitale da parte degli operatori sanitari;
g) sostenibilità e scalabilità del sistema, adottando standard interoperabili conformi a normative nazionali e regionali, per facilitare aggiornamenti futuri e ampliamenti a nuovi contesti clinici.

7.4.1 Digitalizzazione delle prescrizioni e dei Piani Terapeutici (PT)

Inoltre, si 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:

a) 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;
b) ridurre in modo significativo il potenziale rischio di errori, superando le criticità legate alla compilazione manuale e alla trascrizione cartacea.

L'integrazione dei PT nel 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 PT anche ai medici afferenti a strutture private accreditate che erogano prestazioni sanitarie a carico del SSN. 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 PT tramite i canali digitali e interagire in modo più efficace con i professionisti della salute.

7.5 Digitalizzazione dei percorsi di prenotazione e gestione delle 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**, si 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:

a) unificare e digitalizzare il ciclo di accesso: dalla prescrizione alla fruizione della prestazione, attraverso canali digitali (CUP regionale, portale salute.piemonte.it, Fascicolo sanitario elettronico e sportelli assistiti);
b) integrare con il FSE per garantire continuità e visibilità del percorso clinico, consentendo anche il monitoraggio delle prestazioni prescritte e non ancora erogate;
c) 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 diagnostici, integrati nei sistemi di prenotazione;
d) 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;
e) 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, si perseguono i seguenti obiettivi:

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

7.5.1 Accesso sperimentale di MMG e PLS al sistema CUP per la prenotazione diretta

La Regione attiva una sperimentazione volontaria che consentirà ai MMG e ai PLS l'accesso controllato al sistema regionale di prenotazione (CUP), al fine di effettuare direttamente, nei casi clinicamente appropriati, la prenotazione di visite ed esami. La partecipazione è su base volontaria e non comporta obblighi aggiuntivi.

7.6 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 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, in linea con il vigente quadro normativo nazionale, garantendo il principio di sovranità del dato, provvederà ad alimentare uno specifico EDS che~~,~~ - grazie ai referti, al dossier farmaceutico e al Patient summary (a seguito delle modifiche dei decreti nazionali su Fascicolo sanitario elettronico che si renderà necessaria con l'approvazione del disegno di legge sull'intelligenza artificiale) - giocherà un ruolo determinante per l'uso secondario dei dati sanitari per le seguenti due categorie:

a) 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;
b) 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.

In linea con i servizi messi a disposizione da EHDS, la piattaforma dovrà supportare sia in termini di standard di interoperabilità del dato sanitario sia dal punto di vista prettamente tecnologico/architetturale. La piattaforma prevederà servizi di livello regionale e di livello aziendale per poi declinare al proprio interno servizi:

a) di interoperabilità applicativa;
b) di interoperabilità intra-aziendale e sovra-aziendale;
c) di publishing e subscribing di monitoraggio;
d) per Clinical document repository e Clinical data repository;

e) servizi di interoperabilità logica e semantica, di Terminology server e di business glossary;
f) per il motore di regole e per il Motore di workflow;
g) di Identity and access management (IAM);
h) per la gestione digitale delle principali reti di patologia;
i) di Clinical Decision Support ed Evidence-Based Medicine;
j) di accesso a linee guida e protocolli clinici;
k) di monitoraggio dei posti letto per reparto specifico;
l) di Business Intelligence;
m) per i cittadini quale la gestione della profilazione e delle notifiche;
n) di autocontrollo per l'assunzione di farmaci.

7.7 Farmaci: miglioramento dell'appropriatezza

Nel rispetto delle competenze nazionali in materia di autorizzazione e confezionamento dei medicinali, la Regione Piemonte, con il presente PSSR, si impegna a:

a) sostenere, nelle sedi di confronto con lo Stato e le autorità regolatorie, soluzioni che consentano la dispensazione dei farmaci in quantità più aderenti alla durata effettiva delle terapie;
b) promuovere, ove consentito, progetti pilota orientati alla riduzione delle giacenze;
c) valorizzare il ruolo dei farmacisti territoriali nella verifica dell'aderenza terapeutica e nella revisione periodica delle terapie.

7.8 Cybersecurity e trasformazione digitale del sistema socio-sanitario regionale

Negli ultimi anni l'Italia ha visto una crescita significativa degli attacchi informatici. Secondo il Rapporto Clusit, nel primo semestre del 2025 gli incidenti cyber sono aumentati del 13% rispetto all'anno precedente, con il nostro Paese vittima di oltre il 10% dei crimini informatici globali. Il settore sanitario è tra i più colpiti: l'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN) ha rilevato che nel 2025 gli eventi cyber ai danni della sanità sono cresciuti del 40% rispetto al 2024, con impatti diretti sulla disponibilità dei servizi e sulla tutela dei dati personali. In media, da gennaio 2023 si sono verificati oltre quattro attacchi al mese contro strutture sanitarie, e circa la metà di questi ha comportato incidenti concreti con blocchi dei sistemi e violazioni della privacy. Questo quadro evidenzia come la sanità digitale sia ormai un bersaglio privilegiato per i criminali informatici, e come la protezione delle infrastrutture IT e delle apparecchiature medicali sia diventata una priorità strategica.

In questo scenario, il rischio non è più soltanto legato alle singole strutture sanitarie, ma all'intero ecosistema informativo che sostiene i servizi regionali e il loro costante dialogo con le piattaforme nazionali. La sicurezza informatica non può dunque essere affrontata come un problema locale o circoscritto, ma deve essere considerata una sfida sistemica che riguarda l'ecosistema IT nel suo complesso, ivi comprese le apparecchiature medicali.

Il potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico, l'evoluzione del CUP unico regionale, la diffusione della telemedicina e la piena attuazione del modello territoriale definito dal DM 77/2022 stanno ridefinendo le modalità di erogazione delle cure e richiedono infrastrutture digitali affidabili, resilienti e sicure. In questo

scenario, la cybersecurity assume un ruolo strategico per garantire qualità, sicurezza e continuità dei servizi socio-sanitari.

La crescente esposizione del settore sanitario alle minacce informatiche, unitamente ai requisiti posti dalla normativa europea e nazionale – direttiva NIS2, legge 28 giugno 2024, n. 90 (Disposizioni in materia di rafforzamento della cybersicurezza nazionale e di reati informatici), Regolamento EHDS, investimenti del PNRR Missione 6 e linee guida dellAgenzia per la Cybersicurezza Nazionale – rende necessario un rafforzamento strutturale e omogeneo della sicurezza informatica in tutte le ASR. Le valutazioni preliminari condotte nel 2025 da Regione Piemonte e Azienda Zero, attraverso strumenti dedicati di maturity assesment, evidenziano livelli di maturità ancora eterogenei tra gli enti, con esigenze particolarmente rilevanti nelle aree della governance della sicurezza, della gestione degli incidenti e della continuità operativa. Parallelamente, il SSR ha già conseguito significativi progressi in materia di interoperabilità, tracciabilità dei processi e sviluppo di servizi digitali.

Al fine di rendere il sistema sanitario più sicuro e resiliente, si definiscono con il presente Piano i seguenti tre assi di sviluppo.

Il primo asse di sviluppo riguarda il rafforzamento delle infrastrutture, delle piattaforme e dei servizi IT, che costituiscono l'ossatura digitale del SSR. La sanità deve investire ulteriormente nell'innalzamento della resilienza dei sistemi tecnologici, affinché siano in grado di garantire continuità operativa anche di fronte alla crescente complessità delle minacce informatiche e alla rapidità con cui esse evolvono. Questo significa non solo consolidare le infrastrutture esistenti, ma anche proseguire il processo di modernizzazione che includa l'adozione di architetture cloud sicure e scalabili, capaci di rispondere alle esigenze di un sistema sanitario in costante trasformazione. È necessario predisporre sistemi di monitoraggio avanzato delle infrastrutture IT e apparecchiature medicali, in grado di rilevare tempestivamente vulnerabilità e anomalie~~,~~ e di attivare procedure automatiche di contenimento e risposta.

Parallelamente, dovranno essere implementati sistemi che garantiscano la continuità operativa dei servizi anche in caso di incidenti, attraverso soluzioni di disaster recovery e piani di business continuity che assicurino la disponibilità dei dati e delle applicazioni critiche. Particolare attenzione sarà rivolta all'interoperabilità tra le piattaforme regionali e i servizi aziendali e nazionali, così da favorire uno scambio sicuro delle informazioni, nel pieno rispetto delle normative sulla protezione dei dati e con un focus specifico sui dati sensibili di natura sanitaria.

Il secondo asse è dedicato alla formazione e alla diffusione di una cultura della sicurezza. La protezione del SSR non può limitarsi all'adozione di strumenti informatici avanzati, ma deve fondarsi sulla capacità delle persone di riconoscere i rischi e di adottare comportamenti corretti. Per questo saranno sviluppati programmi di formazione specifici e continuativi rivolti a medici, infermieri e personale amministrativo, con percorsi differenziati in base ai ruoli e alle responsabilità. Tali programmi non si limiteranno a fornire nozioni teoriche, ma includeranno esercitazioni pratiche, simulazioni di incidenti e moduli di aggiornamento periodico, così da garantire un apprendimento dinamico e costante. Parallelamente, saranno promosse campagne di sensibilizzazione rivolte ai cittadini, con l'obiettivo di ridurre il rischio di frodi digitali e di accessi non autorizzati ai servizi sanitari online.

I programmi di formazione e sensibilizzazione saranno strutturati in modo da poter essere adottati da tutte le strutture sanitarie in maniera uniforme, garantendo coerenza e standardizzazione a livello regionale. Ogni azienda sanitaria sarà chiamata a integrare tali percorsi nei propri piani di sviluppo del personale, così da creare una rete di competenze omogenea e diffusa. Inoltre, verrà istituito un sistema di monitoraggio e valutazione per misurare l'efficacia delle attività formative e individuare eventuali aree di miglioramento. In prospettiva,

questo asse non si limiterà a rafforzare le competenze individuali, ma contribuirà a costruire una vera e propria cultura organizzativa della sicurezza, in cui la protezione dei dati e delle infrastrutture diventa parte integrante della missione sanitaria e della responsabilità istituzionale.

La terza linea di sviluppo prevede la prosecuzione del piano di recepimento dei requisiti di sicurezza previsti dalla direttiva NIS2, che vedrà il suo culmine a fine 2026 ma che necessiterà dell'implementazione di un piano di monitoraggio e di mantenimento costante dei livelli di adeguamento per gli anni successivi. Sarà necessario approntare misure di supporto alle strutture sanitarie al fine di rendere omogenei i processi di gestione dei rischi, di gestione delle vulnerabilità, di continuità operativa~~,~~ e di segnalazione e gestione degli incidenti e delle crisi.

A supporto di queste attività, anche al fine di favorire lo sviluppo di competenze di materie specialistiche e di rendere più strutturato e reattivo il processo di individuazione e gestione delle minacce, sarà definita l'individuazione e l'istituzione di un centro operativo permanente, lo CSIRT regionale, che fungerà da centrale operativa per il monitoraggio e la risposta agli incidenti informatici. Questa linea di intervento integra l'adeguamento alla direttiva NIS2 armonizzando gli obblighi normativi con la necessità di dotarsi di strumenti operativi avanzati che, per ragioni di carattere operativo e di risorse, non possono essere delocalizzati presso le singole strutture locali. Dotato di personale qualificato e strumenti tecnologici avanzati, lo CSIRT monitorerà le minacce in tempo reale, osservando costantemente le infrastrutture IT e le apparecchiature medicali, gestirà gli incidenti e supporterà le strutture nella fase di recupero e di rientro alla normale operatività.

La sua attività sarà strettamente integrata con quella dell'ACN e degli altri CSIRT nazionali, garantendo un flusso informativo continuo e un coordinamento efficace.

In prospettiva, il CSIRT regionale potrà diventare anche un centro di competenza per la formazione specialistica in materia cyber, favorendo lo sviluppo di soluzioni di prevenzione delle minacce e la diffusione di buone pratiche. In questo modo, la conformità alla direttiva NIS2 sarà vissuta non come un mero adempimento burocratico, ma come parte integrante di una strategia più ampia che rafforza la resilienza digitale del SSR.

CAPITOLO 8
Investimenti in edilizia sanitaria

CAPITOLO 8

8. Investimenti in edilizia sanitaria

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.

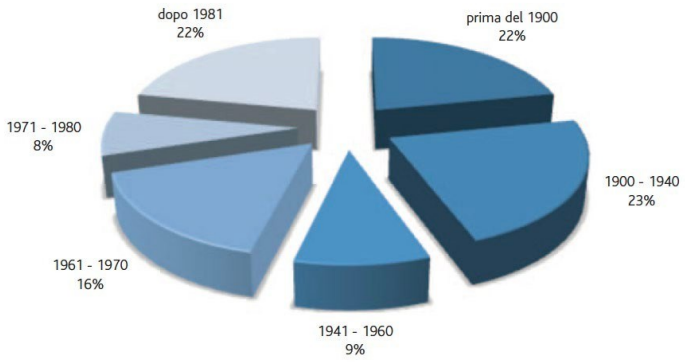
L'evoluzione demografica, l'incremento delle patologie croniche, l'invecchiamento della popolazione e l'esperienza della pandemia da Covid-19 hanno reso evidente la necessità di un profondo ripensamento dell'infrastruttura sanitaria. In questo contesto, la Regione Piemonte ha avviato una programmazione 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 decreto ministeriale 77/2022 e con i principi di equità e universalismo del SSN.

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.

8.1 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:

a. 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;
b. la limitata possibilità di programmare investimenti mediante contrazione di mutui, che spinge a utilizzare le insufficienti risorse statali e regionali di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato 'legge finanziaria 1988') o ad attivare partenariati pubblico-privati (PPP) 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:

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

8.2 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 conto 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:

a) 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;
b) dotarsi di immobili dotati delle più avanzate soluzioni tecnologiche e 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;
c) impostare la progettazione nella logica di poter **garantire un riuso diverso nel tempo** della struttura, in funzione dell'evoluzione delle fasi di sviluppo dell'ospedale: in fase progettuale dovranno essere considerati elementi che ne consentano la **futura trasformabilità e adattabilità**, in funzione dei bisogni che potranno risultare mutati nel tempo;
d) costruire i nuovi ospedali secondo principi di:
    1. sostenibilità ambientale ed efficienza energetica;
    2. facilità di manutenzione e gestione;
    3. durabilità dei materiali e dei componenti;
    4. flessibilità e reversibilità d'uso nel tempo;
    5. sostituibilità degli elementi tecnici;
    6. compatibilità tecnica e ambientale dei materiali;
    7. minimizzazione dell'impegno di risorse materiali non rinnovabili;
    8. massimo riutilizzo delle risorse naturali impegnate dall'intervento e dei materiali impiegati;
    9. controllabilità delle prestazioni dell'intervento nel tempo;
    10. minimizzazione dei rischi per la manodopera, per gli utenti e per la popolazione, sia in fase di costruzione che in esercizio.

La programmazione della rinnovata rete ospedaliera piemontese sarà effettuata sulla base di un'analisi approfondita dei flussi dei pazienti, dei percorsi diagnostico-terapeutici e della distribuzione aggiornata delle funzioni assistenziali, anche alla luce dell'evoluzione delle tecnologie sanitarie.

Tale programmazione dovrà prevedere una razionale distribuzione delle funzioni assistenziali, una definizione puntuale delle localizzazioni strutturali secondo un'impostazione integrata e coordinata a livello regionale.

8.3 Valorizzazione delle strutture sanitarie di ispirazione religiosa no-profit nel SSR

La Regione Piemonte riconosce il contributo storico, etico e assistenziale delle strutture sanitarie di ispirazione religiosa, no profit e che ricercano il benessere sociale operanti sul territorio, che, in coerenza con i principi costituzionali e con quanto previsto dal decreto legislativo 502/1992, svolgono attività sanitarie in regime di accreditamento integrandosi a pieno titolo nella rete ospedaliera regionale.

Storicamente, gli ospedali religiosi hanno avuto la missione di prendersi cura di tutte le persone sofferenti, anche di quelle scartate dall'economia sanitaria e da una cultura contemporanea secolarizzata. Questa è stata, ed è, la mission di tante istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana, a iniziare dalla nascita degli ospedali stessi, creati proprio per curare quelli che nessuno voleva toccare.

Tali strutture, oggi radicate nella tradizione di servizio alla persona e orientate alla tutela della dignità umana in ogni fase della vita, rappresentano presìdi qualificati nella presa in carico dei soggetti sofferenti, fragili e nella risposta ai bisogni complessi di salute, contribuendo all'erogazione di prestazioni sanitarie di qualità, alla prossimità delle cure e al rafforzamento del principio di sussidiarietà.

La gestione competente e capace di coniugare ricerca, innovazione, dedizione agli ultimi rappresenta anche un modello di etica del lavoro. Prendersi cura di coloro che sono scartati è la missione delle istituzioni cattoliche nel sistema salute del Paese.

La Regione valorizza il ruolo di tali enti quali partner del SSR, riconoscendone la capacità di coniugare competenze cliniche, innovazione organizzativa e attenzione umana alla persona, e ne promuove il coinvolgimento nei processi di programmazione, integrazione e sviluppo della rete ospedaliera.

8.4 La programmazione dei nuovi ospedali

Con la deliberazione della Giunta regionale 25 luglio 2023, n. 1-7297, 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 (ai sensi dell'articolo 20 della legge 67/1988) 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 di cui al già citato articolo 20 si aggiungono gli interventi urgenti di elevata utilità sociale nel campo dell'edilizia (articolo 1, commi 602 e 603, della legge 232/2016; articolo 56 bis del decreto-legge 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:

a) 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);
b) 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.

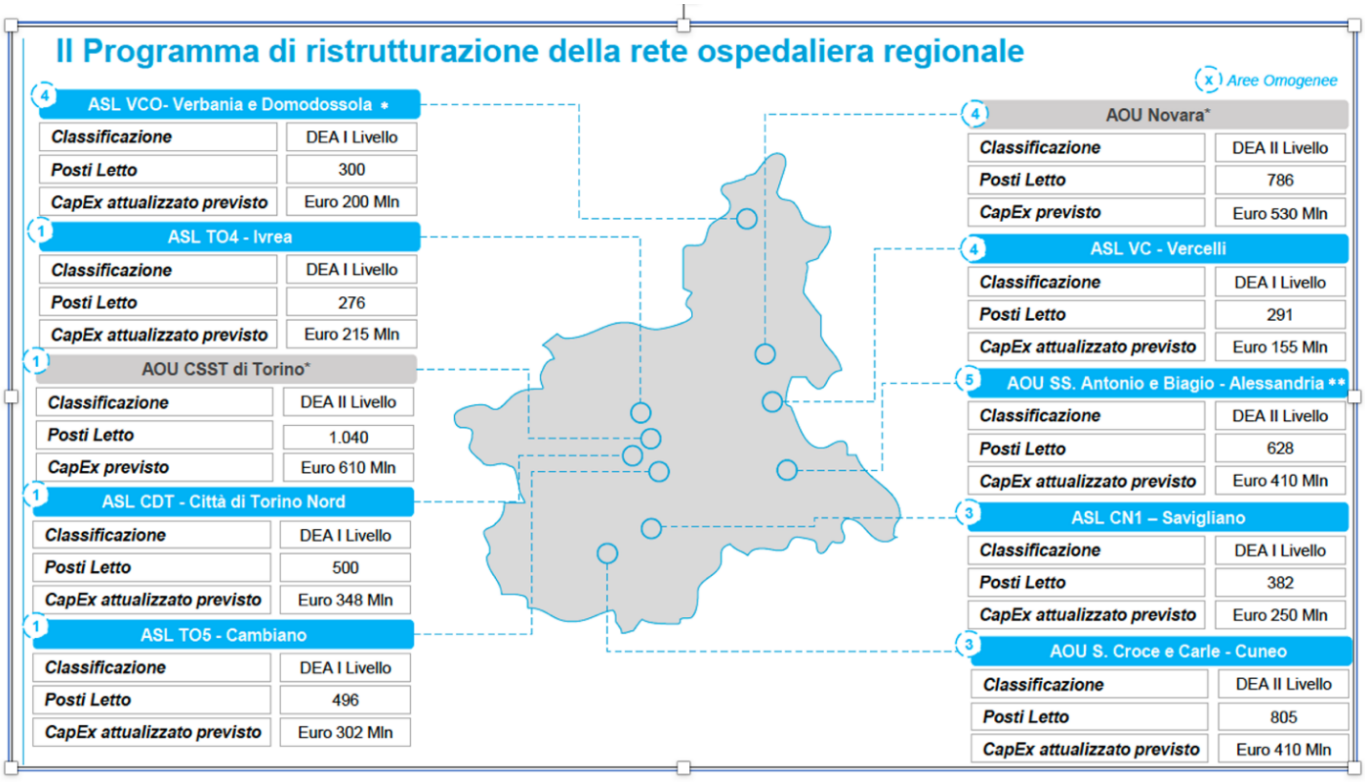
Di seguito si riporta il riepilogo degli interventi finanziabili da INAIL.

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 decreto ministeriale 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 ai sensi dell'articolo 20 della legge 67/1988.



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.

Per la realizzazione dell'ospedale del VCO, il Consiglio regionale, con deliberazione 18 novembre 2025, n. 131-24995, ha sospeso l'efficacia della deliberazione del Consiglio regionale 20 giugno 2023, n. 280-14649, al fine di avviare l'iter di localizzazione del presidio DEA di I livello dell'ASL VCO, in recepimento delle raccomandazioni e osservazioni pervenute da parte della Direzione Generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria del Ministero della salute con nota prot. n. 00019757 del 22 agosto 2025.

8.5 Alcuni esempi di presidi ospedalieri

8.5.1 Il presidio di Galliate e l'integrazione con la Città della salute e della scienza di Novara

In vista della futura operatività della nuova Città della salute e della scienza di Novara, che comporterà una riorganizzazione logistica e funzionale delle attuali sedi dell'Azienda ospedaliero universitaria (AOU), si rende necessario valutare con attenzione il ruolo strategico del Presidio ospedaliero "San Rocco" di Galliate. In questo contesto, si ipotizza uno scenario evolutivo che potrebbe prevedere il passaggio di competenza del presidio alla ASL NO, al fine di garantire una maggiore integrazione con i servizi territoriali. Tale ipotesi, tuttavia, non costituisce un automatismo, ma rappresenta un obiettivo subordinato alla definizione di un quadro programmatico condiviso e sostenibile.

La concretizzazione di questo percorso dovrà imprescindibilmente passare attraverso un tavolo di confronto che veda il coinvolgimento attivo dei sindaci dell'Ovest Ticino. L'obiettivo è l'elaborazione di un masterplan sui bisogni di salute del distretto, che permetta di disegnare l'offerta sanitaria partendo dalle reali necessità della popolazione locale. In tale sede dovrà essere chiarito il destino funzionale delle strutture che non troveranno collocazione nel nuovo hub di Novara (DEA di II livello) e che potrebbero essere ricollocate a Galliate.

Inoltre, la pianificazione dovrà accertare la compatibilità e l'integrazione tra le strutture esistenti e la previsione di un nuovo Ospedale di comunità, in aggiunta a quelli già programmati con i fondi del PNRR, per evitare sovrapposizioni e massimizzare la copertura assistenziale.

Infine, qualsiasi ipotesi di riassetto dovrà essere retta da un solido protocollo di collaborazione tra l'AOU Maggiore della Carità e l'ASL NO. Tale accordo, da formalizzarsi contestualmente al trasferimento di competenze, dovrà assicurare ai cittadini di Galliate e del bacino afferente percorsi di accesso diretto e facilitato ai servizi diagnostici e specialistici di alta complessità dell'AOU, evitando disagi logistici e garantendo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Così come sarà necessario assicurare alle lavoratrici e ai lavoratori la possibilità di scelta relativa al luogo di lavoro e condizioni di lavoro pari o superiori a quelle presenti al momento dell'eventuale passaggio.

8.5.2 Il presidio di Acqui Terme

Nel quadro della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, si conferma e si rafforza 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 deliberazione della Giunta regionale 23 gennaio 2015, n. 1-924 (Integrazioni alla D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale"), 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 decreto ministeriale 70/2015, con l'obiettivo di assicurare livelli qualitativi e quantitativi coerenti con i bisogni della comunità locale e 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 diseguaglianze di accesso ai servizi sanitari e promuovendo una rete ospedaliera policentrica, accessibile e orientata alla prossimità delle cure.

Al fine di raggiungere tale obiettivo, la Direzione generale dell'Azienda ospedaliero universitaria "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria (AOU AL) e la Direzione Generale dell'Azienda sanitaria locale AL (ASL AL), entro il 31 dicembre 2026, completeranno le procedure funzionali al trasferimento della gestione amministrativa e sanitaria del Presidio Ospedaliero "Ospedale Monsignor Giovanni Galliano" di Acqui Terme dall'ASL AL all'AOU AL. Il trasferimento è finalizzato ad assicurare percorsi diagnostico-terapeutici integrati, in particolare per le patologie tempo-dipendenti. Inoltre, 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 policentrica, accessibile e orientata alla prossimità delle cure.

Particolare attenzione dovrà essere garantita a tutti i lavoratori attualmente in servizio presso il Presidio ospedaliero "Ospedale Monsignor Giovanni Galliano" di Acqui Terme, affinché il nuovo assetto gestionale non pregiudichi alcun diritto. In tutti gli atti di programmazione sanitaria futura dell'AOU AL, anche in vista del riconoscimento IRCS, sarà considerata l'opportunità di utilizzo delle acque termali acquesi in particolare per ciò che concerne il comparto riabilitativo.

8.5.3 Il presidio plurisede di Asti

In un'ottica di ricalibrazione dell'offerta sanitaria in provincia di Asti, di competenza dell'ASL Asti, la Regione Piemonte intende portare a compimento l'annunciato progetto di rendere l'Ospedale "Cardinal Massaia" una realtà plurisede, che include il costruendo presidio sanitario "Valle Belbo", che vedrà il suo completamento in base al cronoprogramma nell'agosto 2026.

8.6 Valorizzazione di S.C.R. Piemonte S.p.A. quale general contractor pubblico per la realizzazione del Piano straordinario di edilizia ospedaliera regionale

Al fine di garantire l'unitarietà della governance, la qualità progettuale, la trasparenza amministrativa e la riduzione dei rischi tecnici ed esecutivi nella realizzazione degli interventi previsti dal Piano regionale di edilizia sanitaria, le ASL, le ASR e ogni altro soggetto attuatore, preferibilmente e nel rispetto della normativa in materia, si avvalgono di SCR Piemonte S.p.A., di cui alla legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 (Costituzione della Società di committenza Regione Piemonte SpA (SCR - Piemonte SpA). Soppressione dell'Agenzia regionale delle strade del Piemonte (ARES - Piemonte)), quale general contractor pubblico per l'intero ciclo di realizzazione delle opere ospedaliere di cui al Piano.

L'affidamento a S.C.R. Piemonte S.p.A. comprende, in particolare e nel rispetto del decreto legislativo 36/2023, lo svolgimento delle seguenti funzioni:

a) alta sorveglianza sui tempi, sui costi, sulla qualità e sulla conformità degli interventi, assicurando il raccordo con i Responsabili unici del procedimento delle aziende sanitarie;

b) coordinamento tecnico delle attività progettuali e delle verifiche di coerenza tra fabbisogni sanitari, layout funzionali, impiantistica e tecnologie, lungo tutte le fasi progettuali;
c) gestione delle procedure di gara, ove prevista o richiesta dalla Regione o dalle aziende sanitarie, quale centrale di committenza qualificata ai sensi degli articoli 62 e 63 del decreto legislativo 36/2023;
d) attività di advisory tecnico-amministrativa, comprensiva del supporto nella definizione dei requisiti tecnico-funzionali, nella valutazione dei rischi, nella predisposizione degli atti e nella certificazione della qualità dei contenuti progettuali e contrattuali;
e) verifica della rispondenza ai capitolati tecnici e funzionali dei progetti e delle offerte, nonché presidio della qualità durante la fase esecutiva;
f) gestione del percorso amministrativo relativo agli interventi del Piano, inclusa la predisposizione, istruttoria e gestione degli atti necessari, la formalizzazione dei contratti e il supporto agli adempimenti di controllo e rendicontazione;
g) direzione lavori o coordinamento delle attività durante l'esecuzione dei lavori, assicurando l'integrazione tra progettisti, imprese, direzioni lavori, organi di vigilanza e strutture sanitarie, nonché monitorando avanzamento, varianti e contabilità lavori;
h) supporto alle attività di collaudo, messa in esercizio e transizione al gestore, incluse le procedure autorizzative, la verifica della documentazione as-built e il presidio del trasferimento tecnologico e logistico.

CAPITOLO 9
Governance

CAPITOLO 9

9. Governance

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

In particolare, la Regione riconosce la necessità di aggiornare il ruolo dell'Assemblea dei Sindaci nella pianificazione sanitaria, nella definizione degli obiettivi e nel processo di approvazione dei bilanci delle ASL di competenza. A tal fine si pone l'obiettivo di attivare comitati dei sindaci su specifiche materie che andranno individuate di comune intesa.

In quest'ottica, si prevede:

a) maggiore coordinamento tra Regione, ASL e comuni;
b) la 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 accompagni a una solida base informativa e a una costante attenzione alla qualità dei servizi erogati.

9.1 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 AO 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:

a) amministrative (concorsi inter-aziendali);
b) logistiche (magazzini);
c) diagnostiche (laboratori);
d) relative alle reti cliniche (reti tempo-dipendenti).

Le sinergie tra aziende possono essere sviluppate secondo varie modalità:

a) attraverso movimenti concertati tra le direzioni regionali o per programmazione regionale;
b) su base geografica di area vasta di programmazione (quadranti) o su scala regionale;
c) mediante convenzioni incrociate tra aziende o soggetti terzi delegati, ad esempio, a titolo esemplificativo e non esaustivo, 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.

9.1.1 Definizione di linee guida di governance per CdC, COT e OdC

La Regione definisce linee guida di governance per CdC, COT e OdC, nell'ambito della normativa vigente. Per i territori periferici sono previste modalità organizzative flessibili.

9.2 L'ecosistema sanitario regionale

La Regione Piemonte ha sviluppato, a supporto del proprio Assessorato alla Sanità, un ricco e articolato ecosistema sanitario che include diversi enti:

a) Azienda Zero;
b) Osservatorio epidemiologico;
c) la rete di aziende responsabili della formazione manageriale e altre funzioni centrali come:
    1. Dipartimento Attività Integrata Ricerca e Innovazione regionale (DAIRI-R);
    2. Dipartimento interaziendale funzionale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" (DIRMEI);
    3. Servizio di riferimento regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (SEREMI);
    4. Consorzio per il Sistema Informativo (CSI);
    5. Società di Committenza Regione Piemonte (SCR Piemonte);
    6. Istituto di Ricerche Socioeconomiche del Piemonte **(**IRES Piemonte).

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 centralizza le funzioni amministrative ritenute utili, come ad esempio acquisti, ed essere soggetto attuatore delle politiche definite dall'Assessorato che richiedono un'azione centrale, come ad esempio i progetti aziendali di digitalizzazione. Gli osservatori epidemiologici e le reti formative inter-aziendali ricevono annualmente chiari indirizzi con precisi obiettivi e livelli di servizio attesi.

I tavoli e le commissioni, a titolo esemplificativo e non esaustivo, operano quali sedi di confronto e supporto alle attività consultive. L'Assessorato alla Sanità, attraverso la Direzione sanità, esercita le funzioni di indirizzo strategico, programmazione, coordinamento e controllo del SSR, assicurando la coerenza delle decisioni con gli obiettivi di salute e di sostenibilità economico-finanziaria, tenendo conto degli esiti delle attività consultive svolte dai tavoli, dalle commissioni, dal CORESA e dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria nel rispetto dei ruoli e della legislazione vigente.

La Giunta regionale attiva 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.

9.3 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 quinta per performance complessiva. Questo risultato è stato formalmente riconosciuto dal Comitato LEA (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 dal 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

9.4 Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per l'erogazione dei LEA

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 e uniformità.

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

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 o 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:

a) in due macro-aree: Valle D'Aosta (distrettuale e ospedaliera), Abruzzo, Calabria, Sicilia (prevenzione e distrettuale);
b) 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:

a) macro-aree di assistenza: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera;
b) singoli LEA a essi afferenti;
c) 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 mero titolo esemplificativo, alcuni indicatori CORE relativi all'area prevenzione, distrettuale e ospedaliera:

a) **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;

b) **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;

c) **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 un evento acuto grave (infarto, ischemia, ictus), vanno incontro a complicazioni gravi entro un anno.

9.5 Change management e innovazione

La profondità e l'ambizione del PSSR 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.

Le ASO e le ASL sviluppano la funzione "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, e 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 sono:

a) l'insieme di atti programmatori regionali in tempi definiti;
b) **tavoli di benchlearning per il top management** aziendale basati su dati ed evidenze legate a diffusione e impatto dell'innovazione;
c) **gruppi tecnici inter-aziendali** che co-creano gli strumenti tecnici dell'innovazione;
d) **percorsi formativi e di sperimentazione guidata;**
e) implementazione della figura dell'infermiere di processo soprattutto per quanto riguarda l'ambito dell'Emergenza-Urgenza;
f) attribuzione della funzione di case manager anche a figure dell'area di prevenzione, riabilitazione, tecnico-diagnostica e assistenziale, in coerenza con il DM 77/2022 e la legislazione vigente;
g) valorizzare il ruolo attivo nell'ambito del SSR, a titolo esemplificativo e non esaustivo, delle parafarmacie, ortopedie sanitarie, esercizi commerciali con componente di servizio, nell'ambito della legislazione vigente;
h) potenziare ulteriormente il ruolo delle farmacie in accordo anche all'intesa Stato-Regioni del 6 marzo 2025, come punti di prossimità data la loro capillarità sul territorio;
i) instaurare, definendo un metodo formale di lavoro sui temi di interesse, un confronto periodico e strutturato tra la Regione e le Organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative, nel pieno rispetto delle prerogative istituzionali e degli ambiti propri della contrattazione collettiva;
j) potenziamento del ruolo dello Psicologo delle cure primarie nel rispetto della normativa vigente e a titolo esemplificativo e non esaustivo:
    1. azioni di prevenzione, diagnosi e trattamento precoce dei disturbi psicologici in fase iniziale o di lieve-media entità;
    2. interventi di consulenza, valutazione e supporto psicologico per situazioni di sofferenza che non richiedono un trattamento specialistico o una presa in carico multidisciplinare prolungata;
    3. interventi di sostegno e supporto a problemi legati all'adattamento nelle diverse fasi del ciclo di vita dovuti a lutti, perdita del lavoro, separazioni, diagnosi infauste e cronicità o recidività di malattia e difficoltà nell'aderenza alla cura;
    4. la predisposizione e la gestione dell'assistenza psicologica domiciliare;
    5. la partecipazione a progetti di prevenzione della malattia e di promozione ed educazione alla salute;

6. collaborazione con i servizi specialistici di secondo livello d'intesa con il Medico di Medicina Generale;
7. promuove lo sviluppo di comunità favorendo la partecipazione attiva della cittadinanza alla gestione dei percorsi di prevenzione e cura.

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.

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

a) monitorare sistematicamente i dati;
b) discutere le correlazioni tra esiti e azioni, i driver di successo o insuccesso attuativo;
c) 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).

9.6 Creazione di un Osservatorio regionale sulla salute

La Giunta regionale, nel quadro del rafforzamento della governance del sistema sanitario e socio-sanitario e in coerenza con la visione strategica delineata dal PSSR, istituisce l'Osservatorio regionale sulla salute quale strumento permanente di conoscenza, lettura sistemica e supporto alla programmazione. L'Osservatorio opera come componente essenziale dell'architettura regionale, contribuendo a costruire un sistema capace di orientare le proprie scelte sulla base di evidenze consolidate, di promuovere equità e sostenibilità e di rispondere con tempestività alle trasformazioni demografiche, epidemiologiche e sociali.

L'Osservatorio garantirà una lettura integrata e continuativa dello stato di salute della popolazione piemontese, monitorando l'andamento delle principali condizioni epidemiologiche, l'evoluzione dei bisogni assistenziali e i determinanti sociali, economici e ambientali che influenzano il benessere dei cittadini. Attraverso questa attività, la Regione potrà cogliere con maggiore profondità la complessità dei fenomeni di salute, individuare tempestivamente i bisogni emergenti e orientare la propria strategia verso suggerimenti coerenti, efficaci e sostenibili.

In linea con la strategia "One Health", l'Osservatorio assumerà una prospettiva trasversale che riconosce la stretta interconnessione tra salute umana, salute animale e salute dell'ambiente. Ciò consentirà di integrare, laddove necessario, informazioni provenienti da ambiti complementari – come l'ambiente, la qualità dell'aria, i fattori climatici o le condizioni abitative – per sviluppare un approccio unitario ai determinanti di salute e rafforzare la capacità del sistema regionale di prevenire rischi, anticipare vulnerabilità e promuovere una salute collettiva più resiliente.

Una particolare attenzione sarà dedicata alle persone e ai territori più fragili, attraverso un'analisi integrata dei dati sanitari e socioassistenziali che permetterà di individuare disuguaglianze, mapparne le cause e sostenere politiche orientate alla riduzione delle disparità territoriali e socioeconomiche. Questa prospettiva contribuirà

a rafforzare l'azione della Regione nella costruzione di un sistema più equo, accessibile e capace di rispondere ai bisogni delle comunità locali.

L'Osservatorio accompagnerà inoltre i processi di trasformazione in corso, rileggendo in chiave unitaria gli investimenti strutturali, tecnologici e organizzativi programmati dalla Regione. Attraverso un'analisi costante delle dinamiche di innovazione e dei modelli emergenti di organizzazione dei servizi, esso contribuirà a consolidare un approccio di governo dinamico, capace di anticipare le esigenze future, sostenere la modernizzazione del sistema e promuovere una visione coerente di sviluppo del SSR.

Un elemento qualificante dell'azione dell'Osservatorio sarà rappresentato dalla trasparenza. Le conoscenze prodotte saranno restituite alla comunità regionale attraverso report periodici, strumenti informativi e approfondimenti tematici accessibili, favorendo così la partecipazione consapevole dei cittadini, il dialogo con gli attori locali e il consolidamento della fiducia nell'azione pubblica. La diffusione della conoscenza si configura come parte integrante della nuova governance, orientata alla responsabilità, alla chiarezza e alla misurabilità dei risultati.

Grazie alla sua capacità di integrare informazioni, interpretare fenomeni complessi e offrire una visione unitaria delle dinamiche di salute e assistenza, l'Osservatorio Regionale sulla Salute rappresenta un pilastro della nuova governance del Piemonte. Esso accompagnerà la Regione nel percorso di costruzione di un sistema sanitario e socio-sanitario moderno, orientato alla persona, fondato sull'approccio "One Health" e capace di coniugare innovazione, equità e sostenibilità in un'unica visione strategica.

In questo ambito saranno coinvolti tutti i soggetti del settore (a titolo esemplificativo e non esaustivo OPI, università, ETS, rappresentanza sindacale, enti locali, Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ANCI, ANPCI) in base alla specifica competenza con l'istituzione di tavoli tematici, nel rispetto della normativa vigente.

Nell'ambito dell'Osservatorio sarà dedicato un tavolo di confronto pubblico sui contenuti e sulle opportunità della riforma per la non autosufficienza, a partire dai bisogni degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.

9.7 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:

a) 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;
b) 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;
c) la promozione di iniziative formative rivolte agli operatori sanitari, con l'obiettivo di diffondere una cultura della sicurezza e della responsabilità professionale;
d) il coordinamento delle azioni correttive e di miglioramento, unitamente al supporto alle strutture territoriali nell'applicazione delle migliori pratiche;

e) 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 SSR, con particolare attenzione alla tutela del diritto alla salute dei cittadini e alla sostenibilità complessiva del servizio.

CAPITOLO 10
Monitoraggio e valutazione

CAPITOLO 10

10. Monitoraggio e valutazione: 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:

a) **Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG)**
Introdotto con il decreto ministeriale del 12 marzo 2019 (pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019), è operativo dal 1° gennaio 2020. Il NSG consente di monitorare il rispetto dei LEA, mediante un insieme di indicatori che valutano la qualità, l'appropriatezza e l'efficienza dei servizi erogati.

b) **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.

c) Accanto agli indicatori nazionali attualmente previsti, il Piano prevede l'introduzione di sistemi di valutazione dell'impatto sociale. Tali strumenti consentiranno di leggere in modo più completo gli effetti degli interventi e i ritorni generati dalle azioni, superando una visione limitata ai soli costi. In questo quadro, il richiamo al "Programma Nazionale Esiti" (PNE) potrà essere integrato da metriche capaci di cogliere la dimensione dell'impatto sociale, non ancora contemplata nel programma nazionale, così da dotare il sistema regionale di un approccio valutativo più ampio e coerente con gli obiettivi del Piano.

10.1 Gli ambiti di valutazione

I principali ambiti di valutazione sono:

a) funzione di produzione a carico delle Aziende Ospedaliere e strutture territoriali;
b) funzione di tutela/committenza riferita alle Aziende Sanitarie Locali.

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

a) indicatori provenienti dai sistemi informativi regionali e aziendali già in uso;
b) 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 SSR, 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:

a) il **Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria** (NSG), introdotto dal D.M. 12 marzo 2019, e operativo dal 1° gennaio 2020;
b) il **Programma Nazionale Esiti** (PNE), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della salute, che è lo strumento che fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure.

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

a) **fotografare la composizione demografica e sociale regionale**, osservando dinamiche evolutive e trend futuri;
b) **analizzare i bisogni di salute e mappare consumi e rete di offerta** dei servizi, per identificare gli effettivi tassi di copertura attuali e prospettici al fine di 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);
c) **rappresentare gli esiti di salute** attraverso una selezione di indicatori validati e rilevanti;
d) **descrivere le risorse** umane, tecnologiche, infrastrutturali disponibili a confronto con la domanda esplicita, con i livelli qualitativi e quantitativi dei servizi e, ove possibile, con standard nazionali di riferimento;
e) **sviluppare un'analisi** identificando i punti di attenzione e i punti di forza ed evidenziare eventuali disomogeneità tra le aree/ASL;
f) **individuare priorità di intervento e formulare proposte** di policy e management per le aziende della rete di offerta socio-sanitaria per garantire trasparenza, universalità e appropriatezza nell'erogazione dei servizi e nel monitoraggio degli stessi, è demandata alla Direzione regionale competente la pubblicazione annuale sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte dei dati relativi al sistema FAR (Flusso assistenza residenziale) e SIAD (Sistema informativo assistenza domiciliare). Gli aggiornamenti dei dati suddetti, già elaborati mensilmente attraverso il sistema FAR e SIAD, sono pubblicati con cadenza mensile sul sito web della Regione Piemonte.

CAPITOLO 11
Quadro delle risorse e sostenibilità economica

CAPITOLO 11

11. Quadro delle risorse umane e sostenibilità economica

Il Piano prevede interventi mirati per garantire il rispetto del principio di sostenibilità economica-finanziaria in coerenza ai principi e modalità declinati dalla deliberazione della Giunta regionale 17 febbraio 2025, n. 26-801 (Approvazione della programmazione regionale per l'adozione dei programmi aziendali di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio sanitario regionale. Riparto delle risorse del fondo sanitario 2025-2027 e assegnazione degli obiettivi economico-finanziari agli Enti del SSR)**:**

a) efficientamento sull'utilizzo dei fattori produttivi per la razionalizzazione della spesa sanitaria;
b) riqualificazione della rete sanitarie a supporto dei principi di ottimizzazione delle risorse con modelli di sanità integrate;
c) partenariati pubblico-privati per nuove infrastrutture sanitarie;
d) ruolo dei soggetti privati accreditati che operano come componente complementare del sistema sanitario pubblico, nel quadro della programmazione regionale che ne definisce volumi, standard e ruolo. La revisione dell'accreditamento deve assicurare qualità, appropriatezza, integrazione con la rete pubblica e sostenibilità, orientando l'offerta ai reali bisogni di salute della popolazione.

11.1 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.

11.1.1 Il finanziamento del SSN

Il finanziamento del SSN si fonda su un solido impianto normativo:

a) legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), che ne ha sancito l'istituzione e ha introdotto il principio del finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale;
b) decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 (Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133), che ha previsto forme di compartecipazione regionale tramite IRAP e addizionale IRPEF;
c) legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), che ha istituito il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, promuovendo un sistema integrato di interventi sociali e sociosanitari;
d) articolo 20 della legge 67/1988, che regola la programmazione pluriennale degli investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie;
e) 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;

f) il presente Piano prevede in alcuni ambiti interventi aggiuntivi rispetto ai LEA nazionali, in particolare in ambiti clinici, organizzativi e preventivi, che dovranno essere puntualmente qualificati negli atti attuativi al fine di identificare le idonee fonti di copertura regionali integrative rispetto alle risorse del fondo sanitario.

11.1.2 Il finanziamento del sistema socio-sanitario regionale

Il finanziamento del sistema socio-sanitario regionale si articola attraverso una pluralità di fonti:

a) 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:

b) il **Fondo nazionale per la non autosufficienza**;
c) il **Fondo nazionale per le politiche sociali**;
d) le **risorse PNRR** afferenti alle Missioni 5 e 6;
e) il **Fondo per l'edilizia sanitaria**;
f) i **Fondi strutturali europei** (FSE+, FESR, ReactEU);
g) il **Fondo sociale di coesione;**
h) le **risorse proprie** delle aziende sanitarie derivanti da attività libero-professionali, ticket e prestazioni a pagamento.

11.2 Criteri di ripartizione

Nell'ambito della programmazione triennale e annuale, è definito 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, fermo restando l'obbligo di garantire le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rientranti nei LEA. Sono altresì garantite le prestazioni sociali di livello essenziale dei comuni (LEPS) previste dalla normativa nazionale 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 decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), e della normativa in materia di contabilità pubblica, il sistema regionale si basa su una gestione economico-finanziaria fondata su:

a) predisposizione di bilanci preventivi e consuntivi da parte delle aziende sanitarie;
b) adozione di sistemi di controllo direzionale per centri di responsabilità e centri di costo;
c) monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni;
d) 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 PSSR 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 socio-sanitarie su tutto il territorio, favorendo l'integrazione tra i livelli decisionali e la valorizzazione delle specificità operative di ciascuna azienda sanitaria**.

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:

a) interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi, finalizzati a migliorare l'efficienza dei processi senza compromettere quantità e qualità delle prestazioni;
b) 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.

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.

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.

11.3 Revisione e razionalizzazione della spesa sanitaria regionale

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, equa, 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, alla qualità delle cure e all'equità della distribuzione nei diversi territori.

La revisione e la razionalizzazione della spesa sanitaria non implicano tagli lineari, ma una trasformazione della spesa improduttiva in spesa produttiva clinica attraverso:

a) la **revisione dei modelli organizzativi** per ridurre sovrapposizioni e inefficienze;
b) il **potenziamento della sanità territoriale** per alleggerire la pressione sulle strutture ospedaliere;
c) l'adozione di **sistemi informativi integrati e strumenti digitali** per migliorare la governance clinica e amministrativa;
d) la **gestione centralizzata degli acquisti e delle forniture**, in logica di economia di scala e qualità;
e) 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;
f) il superamento del criterio della spesa storica nel riparto del Fondo Sanitario Regionale.

11.4 Valorizzazione delle risorse umane

Il sistema sanitario e socio-sanitario 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, aggravata da pensionamenti imminenti e da una capacità formativa ancora insufficiente a colmare il ricambio generazionale.

Nonostante si preveda che il fabbisogno di medici sarà in parziale riequilibrio nei prossimi anni, permangono forti criticità legate alla disponibilità degli stessi disposti 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 della comunità, Ospedali di comunità, Centrali operative territoriali).

Nell'ambito delle strategie volte ad aumentare l'attrattività e la permanenza del personale sanitario, si propone l'attivazione di specifiche politiche abitative rivolte al personale del SSR e agli specializzandi, nonché ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS). L'intervento prevede la possibilità di mettere a disposizione alloggi a canone calmierato o altre forme di sostegno abitativo per i professionisti che scelgono di svolgere la propria attività nel territorio regionale, con particolare attenzione alle aree caratterizzate da maggiore disagio o da criticità nel reperimento del personale, e che garantiscono continuità di servizio. Tale misura è finalizzata a rimuovere gli ostacoli economici connessi alla mobilità lavorativa, migliorare le condizioni di accoglienza e favorire la stabilizzazione del personale sanitario in tutti i profili professionali, contribuendo al rafforzamento della capacità operativa e della sostenibilità complessiva del SSR.

Si rafforzeranno i meccanismi di progressione di carriera del personale appartenente alla dirigenza e al Comparto, al fine di garantire percorsi di sviluppo professionale coerenti, trasparenti e orientati al merito.

Per quanto riguarda il personale del SSR, 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 e specializzati.

Dal 2019 al 2025 la Regione Piemonte ha registrato un significativo incremento della dotazione di personale del SSR, passando da 54.543 (anno 2019) a 58.409 unità al 30 settembre 2025. Si tratta di un aumento complessivo pari a 3.866 professionisti, che rappresenta un investimento strutturale volto a rafforzare in modo trasversale tutte le componenti del sistema sanitario.

Tale incremento è anche il risultato del lavoro svolto dall'Osservatorio del personale, istituito dalla Giunta regionale e sviluppato in un confronto strutturato e continuativo con tutte le organizzazioni sindacali.

Difatti, l'azione di monitoraggio e programmazione condotta dall'Osservatorio ha contribuito in modo determinante al processo di rafforzamento del sistema: dal luglio 2023 al 30 settembre 2025 si è registrato un incremento di oltre 1.900 unità di personale, che si inserisce nel più ampio percorso di consolidamento della dotazione professionale del SSR piemontese.

Questo ampliamento del patrimonio professionale riflette una precisa scelta programmatica dell'amministrazione regionale: garantire una maggiore capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione, sostenere l'evoluzione dei modelli organizzativi introdotti dal nuovo PSSR e dal DM 77/2022, e assicurare la piena funzionalità delle nuove strutture territoriali finanziate dal PNRR – dalle Case della comunità agli Ospedali di comunità e alle Centrali operative territoriali.

L'incremento del personale, distribuito su tutti i profili professionali – sanitari, sociosanitari, amministrativi e tecnici – conferma, inoltre, la volontà della Regione di rendere più solida e attrattiva la rete dei servizi pubblici, ridurre il carico burocratico sui clinici, migliorare la presa in carico dei pazienti cronici e contribuire alla riduzione delle liste d'attesa.

In questo contesto, la crescita della dotazione organica rappresenta non solo un dato quantitativo, ma anche un elemento qualitativo che rafforza la capacità del SSR di erogare cure appropriate, tempestive ed efficaci, in coerenza con i principi di equità, universalità e continuità assistenziale.

Personale AA.SS.RR. al 30.09.2025	Totale
Medici	8.697,00
Odontoiatri e Veterinari	438,00
Dirigenza Sanitaria	1.059,00
Dirigenza PTA	325,00
Infermieri	21.630,00
Infermieri Pediatrici	875,00
Ostetriche	1.081,00
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	1.368,00
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	1.544,00
Altro personale Tecnico Sanitario	501,00
Personale Funzioni Riabilitative	1.966,00
Personale Vigilanza e Ispezione	564,00
Operatore Socio Sanitario	8.246,00
Assistente Sociale	306,00
Ruolo Tecnico e Professionale	3.009,00
Ruolo Amministrativo	6.800,00
Totale complessivo	**58.409,00**

Le azioni necessarie per la valorizzazione del comparto delle professioni sanitarie

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

a) sviluppare strategie per qualificare ulteriormente tutte le professioni sanitarie;
b) esplicitare le attività che possono essere svolte in autonomia, parziale o totale e sviluppare analisi delle funzioni trasferibili;
c) avviare un piano capillare di presentazione delle professioni sanitarie nelle scuole superiori, accompagnate da campagne di comunicazione regionali;
d) definire il rapporto medici/infermieri e il rapporto infermieri/OSS in funzione della complessità clinica/assistenziale, del case-mix (ad esempio acuti, cronicità, post-acuti, residenziali, territoriale, comunità, domiciliari) e del livello di intensità assistenziale;
e) potenziare i percorsi di formazione e di inserimento professionale del personale OSS, con particolare attenzione alle fasce di età più giovani;
f) favorire politiche efficaci di gestione dell'invecchiamento e del benessere organizzativo (flessibilità, job rotation, affiancamento, presidio della sorveglianza sanitaria);
g) organizzare il percorso formativo della nuova figura dell'assistente infermiere e agevolarne l'introduzione nelle ASR.;
h) valorizzare i professionisti sanitari con titoli conseguiti all'estero attraverso azioni di accompagnamento e orientamento nei percorsi di riconoscimento, in collaborazione con università, ordini professionali e Ministero, sostenendo ove necessario i programmi formativi integrativi per facilitarne l'inserimento nel sistema sanitario regionale.

11.5 Piano triennale del fabbisogno di personale.

La sostenibilità del nuovo modello organizzativo delineato dal Piano socio-sanitario, fondato sul potenziamento della rete territoriale, sulla realizzazione di nuove Case della comunità, Ospedali di comunità e sull'adeguamento delle strutture ospedaliere, dipende in modo decisivo dalla disponibilità di professionisti adeguati, in numero e competenze. A fronte di investimenti significativi in edilizia sanitaria e tecnologie, la principale criticità che oggi minaccia l'effettiva operatività del sistema riguarda la programmazione delle risorse umane.

Il Piemonte, come il resto del Paese, conosce già fenomeni consolidati: difficoltà di reclutamento, carenza di alcune specialità mediche, ridotta disponibilità di infermieri e professioni sanitarie, crescente mobilità verso il settore privato e una dinamica dei pensionamenti che rischia di svuotare ulteriormente il sistema pubblico. Senza una pianificazione precisa del fabbisogno e senza strumenti di attrazione e valorizzazione del personale, l'attuazione stessa del Piano rischia di rimanere incompiuta.

Per questo si rende necessario ottimizzare il Piano triennale del fabbisogno di personale 2026-2028, strutturato su basi analitiche solide e coerenti con la nuova organizzazione dei servizi. Tale strumento deve:

a) partire da un'analisi puntuale dei pensionamenti attesi e delle uscite previste;
b) considerare l'attivazione delle nuove strutture territoriali e ospedaliere;
c) definire il fabbisogno numerico per ciascun profilo professionale (medici per singola specialità, infermieri, OSS, tecnici e professioni sanitarie, assistenti sociali);
d) delineare un piano straordinario di reclutamento, affiancato da misure di formazione continua, percorsi di carriera attrattivi e politiche di incentivazione mirate;
e) indicare chiaramente le relative coperture finanziarie.

Se da un lato la programmazione formativa nazionale e regionale consentirà nei prossimi anni un aumento del numero di medici disponibili, dall'altro è già evidente che alcune specialità resteranno strutturalmente carenti. Analogamente, la carenza di infermieri e di specifiche professioni sanitarie continua a rappresentare uno dei principali fattori di rischio per la tenuta dell'intero sistema.

Solo una strategia organica e pluriennale di gestione del personale può garantire che gli investimenti infrastrutturali si traducano in servizi realmente fruibili. Senza affrontare questo tema in modo sistemico, ogni innovazione organizzativa rischia di rimanere priva delle risorse umane necessarie a renderla operativa.

11.5.1 Dirigenti e medici sanitari

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, si promuove 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 decreto ministeriale 77/2022 e della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

Pertanto, le azioni necessarie nell'immediato futuro consistono nel:

a) potenziare i percorsi individuali di formazione e sviluppo;
b) premiare il merito e accompagnare la crescita professionale sul terreno organizzativo, contrattuale e retributivo;
c) definire incentivi e adeguate soluzioni organizzative e contrattuali per le discipline e sedi di lavoro meno attrattive;
d) avviare, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 16 gennaio 2003, la formazione regionale per l'Operatore Socio-Sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (OSS-FC), definendo protocolli operativi per l'attribuzione di competenze avanzate. Tale figura potrà essere prioritariamente inserita nei setting a bassa e media complessità assistenziale (RSA, Ospedali di comunità, Assistenza domiciliare) per garantire l'appropriatezza delle mansioni e liberare tempo-lavoro infermieristico per attività cliniche complesse.
e) valorizzare i professionisti che lavorano presso presidi periferici, grazie a:
    1. rafforzamento delle reti ospedaliere che esplicitino le vocazioni delle diverse strutture;
    2. centralizzazione della casistica;
    3. sviluppo di Unità Operative (UO) uniche inter-presidio;
    4. avvio di équipe itineranti, così da garantire adeguati volumi di attività, tecnologie e formazione a tutti i professionisti.

11.5.2 Le azioni necessarie per la valorizzazione del comparto amministrativo e tecnico

Per il personale del comparto amministrativo e tecnico la progressione potrà essere favorita mediante:

a) l'attribuzione e la valorizzazione degli incarichi di funzione organizzativa e professionale;
b) percorsi di sviluppo differenziati in relazione alla complessità e al livello di responsabilità;
c) il riconoscimento delle competenze specialistiche;
d) il rafforzamento delle competenze digitali, giuridico-amministrative e di project management.

A tal proposito, si definisce una programmazione precisa dei volumi e dei mix di personale per azienda in funzione della sua produzione necessaria e vocazione, sottolineando la necessità di un rafforzamento del

supporto amministrativo a favore delle strutture cliniche e assistenziali, al fine di favorire una maggiore focalizzazione dei professionisti sanitari sull'attività clinica, riducendo l'impatto delle attività non sanitarie.

11.5.3 Le azioni necessarie per la dirigenza professionale tecnica e amministrativa

Per quanto concerne la dirigenza professionale tecnica e amministrativa, l'imminente ondata di pensionamenti rappresenta un'opportunità per valorizzare il loro ruolo, promuovendo processi di rinnovamento organizzativo e riqualificazione delle competenze da mettere al servizio di pazienti, professionisti e aziende.

Rispetto al governo complessivo del sistema, emerge una significativa differenziazione tra aziende in termini di composizione delle dotazioni professionali, dinamiche di reclutamento e carichi organizzativi.

Per quanto riguarda la dirigenza professionale tecnica e amministrativa, la progressione di carriera potrà essere sostenuta attraverso:

a) incarichi dirigenziali professionali, organizzativi e gestionali;
b) sistemi strutturati di valutazione;
c) percorsi di sviluppo specialistico e manageriale;
d) valorizzazione delle competenze tecniche e gestionali;
e) incarichi progressivamente più complessi;
f) rafforzamento delle competenze trasversali.

Promuovere l'appropriatezza nell'impiego dei professionisti sanitari significa intervenire sull'assetto organizzativo prevedendo anche il rafforzamento del personale amministrativo da collocare non solo nei servizi amministrativi, ma a supporto diretto delle aree cliniche e assistenziali. Ad oggi, infatti, medici, infermieri, tecnici sanitari, biologi e ostetriche dedicano una parte rilevante del proprio tempo lavorativo ad attività non coerenti con il loro mandato professionale, con conseguenti ricadute sull'efficienza e sulla qualità dei servizi.

L'ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro, attraverso una più chiara distinzione dei compiti e un adeguato supporto organizzativo, rappresenta un passaggio fondamentale per valorizzare le competenze professionali e migliorare le performance complessive del SSR.

11.6 Partenariati 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:

a) accelerare la realizzazione di opere complesse, superando i limiti della sola programmazione pubblica;
b) valorizzare le competenze progettuali, gestionali e tecnologiche del sistema imprenditoriale, in una logica di collaborazione regolata e di interesse pubblico;
c) promuovere la qualità, l'innovazione tecnologica e la sostenibilità economica di lungo periodo delle strutture e dei servizi;

d) sviluppare modelli gestionali moderni, con elevato grado di accountability e misurabilità delle performance.

Sono attivate **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:

a) la coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale e con il PSSR;
b) la sostenibilità tecnico-economica e finanziaria;
c) il valore aggiunto per il sistema pubblico e per i cittadini;
d) il rispetto dei principi di trasparenza, tutela dell'interesse pubblico e adeguata allocazione dei rischi.

11.7 Ruolo dei soggetti erogatori privati accreditati e convenzionati

Il Piano definisce il ruolo dei soggetti erogatori privati all'interno del sistema sanitario regionale, nel rispetto della competenza programmatoria 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 ASL, AO e AOU, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), strutture e professionisti accreditati, pubblici e privati, ai sensi dell'articolo 8-quater del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche, in base a quanto previsto dagli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del medesimo decreto legislativo.

La farmacia di comunità costituisce un'unità sanitaria elementare sul territorio in grado di implementare l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria, in sinergia e in modo integrato con gli altri professionisti/presidi territoriali, assicurando la dispensazione assistita del farmaco, la farmacovigilanza, il monitoraggio dell'aderenza terapeutica e l'esecuzione dei servizi di cui al decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69).

In questo ambito le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del SSN.

In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrate la dispensazione del farmaco, la possibilità per i pazienti cronici di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla cosiddetta "Farmacia dei Servizi" di cui al decreto legislativo 153/2009, e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le attività svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria di cui al decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" – Allegato 1.

11.7.1 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.

11.7.2 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:

a) sono in possesso dei requisiti ulteriori di qualificazione;
b) la loro funzionalità rispetta gli indirizzi di programmazione regionale;
c) 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 PSSR per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa (art. 9 del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche). Si 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.

11.7.3 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**, viene valorizzato 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.**

11.8 Sistema di esenzioni e quote di compartecipazione

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 (decreto ministeriale 11 dicembre 2009, legge di bilancio 2025, istitutiva del Registro unico delle associazioni della salute "RUAS") 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. Sono garantiti:

a) l'uniforme applicazione delle esenzioni per reddito, età, patologie croniche e rare, disabilità, maternità e situazioni di vulnerabilità sociale;
b) 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 30 dicembre 2024, n. 207 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027), che ha istituito il Registro Unico delle Associazioni della Salute (RUAS), si favorisce 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.

CAPITOLO 12
Formazione e ricerca

CAPITOLO 12

12. Formazione e ricerca

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.
Gli obiettivi strategici sono:

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

12.1 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:

a) sviluppare percorsi formativi capaci di integrare **aspetti teorici e competenze pratiche**, anche attraverso la valorizzazione dei contesti clinico-assistenziali come luoghi di apprendimento continuo;

b) promuovere lo sviluppo di **competenze digitali trasversali**, necessarie per l'utilizzo consapevole del FSE, delle piattaforme di telemedicina, dei sistemi di supporto alle decisioni cliniche e delle soluzioni di intelligenza artificiale;

c) incentivare l'**approccio interprofessionale e multidisciplinare**, soprattutto per la gestione integrata della cronicità, della non autosufficienza e delle condizioni di fragilità;

d) 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;

e) garantire l'aggiornamento continuo su **sicurezza, normativa, gestione del rischio clinico, qualità delle cure e modelli organizzativi avanzati**.

Con il presente Piano si intende inoltre:

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

12.2 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 la 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, inoltre vengono promossi:

a) il **potenziamento della produzione scientifica** delle AOU, soprattutto Città della Salute e della Scienza di Torino, anche assegnando obiettivi alle direzioni;
b) 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;
c) 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;
d) **l'adozione di strumenti e "riti" aziendali volti a diffondere la cultura della ricerca** (fondi per la ricerca, giornata della ricerca, primi per la ricerca, seminari, piattaforme sugli studi attivi per favorire il knowledge sharing);
e) il **sostegno del tessuto profit e no profit** regionale alla ricerca clinica;
f) lo sviluppo della **ricerca in ambito manageriale**, per quanto riguarda l'organizzazione e la gestione delle aziende sanitarie con strumenti omogenei e validati al fine della formazione manageriale su tematiche di organizzazione e gestione dei servizi;
g) la valorizzazione delle **Medical Humanities**.

12.3 Introduzione dell'Autopsia Virtuale (Virtopsy) nei servizi di Medicina legale

La Direzione sanità promuove l'Autopsia Virtuale (Virtopsy), ossia l'autopsia effettuata mediante tecniche di imaging, in particolare TAC o RMN, nei servizi di Medicina legale, quale strumento complementare alle autopsie tradizionali, con l'obiettivo di migliorare la qualità diagnostica, ridurre i tempi delle procedure e tutelare la dignità della persona deceduta e dei familiari.

12.4 Collaborazione con università e centri di ricerca

Attraverso la sinergia tra la Regione Piemonte e le università piemontesi, sono stati messi in opera sette progetti per la creazione di nuovi Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

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.

I progetti attualmente avviati sono:

a) IRCCS Malattie Cardiovascolari e Pneumologiche (AOU ALESSANDRIA);
b) IRCCS Scienze Pediatriche (OIRM SANT'ANNA);
c) IRCCS Scienze Nefrologiche (ASL CITTA' DI TORINO);
d) IRCCS Scienze Ortopediche (CTO);
e) IRCCS Scienze Trapiantologiche (CDDS TORINO);
f) IRCCS AOU Novara (in corso di definizione la disciplina);
g) IRCCS AOU San Luigi (in corso di definizione la disciplina).

L'iter per il riconoscimento dell'IRCCS di Alessandria deve concludersi entro il 31 dicembre 2026, per l'IRCCS Pediatrico e per quello Nefrologico la conclusione dell'iter deve avvenire entro il 2026. Per gli altri IRCCS è iniziato l'iter valutativo regionale ed universitario.

In questo ambito viene promossa la costituzione di una rete degli IRCCS pubblici e privati in modo da garantire maggiore integrazione, ridurre la mobilità passiva e attrarre mobilità attiva di alta specialità.

Per quanto attiene alla formazione in collaborazione con le università:

a) favorire la formazione anche in ambito universitario degli operatori (master, dottorati, corsi di elevata professionalità, partecipazione alla ricerca);
b) prevedere percorsi formativi per sviluppare competenze metodologico-scientifiche per incrementare la capacità del sistema di promuovere e partecipare alla ricerca;
c) definire il percorso per l'identificazione delle priorità in maniera congiunta;
d) co-creazione e disseminazione della ricerca scientifica tramite incontri con la popolazione, SSR e associazioni.

In un'ottica di sviluppo integrato del sistema regionale della ricerca, è prioritario promuovere un ecosistema collaborativo che coinvolga in modo strutturato Aziende sanitarie, Università, IRCCS e soggetti privati accreditati, altre regioni italiane e strutture estere, al fine di garantire un confronto permanente sulle linee strategiche, favorire la co-progettazione e sostenere l'innovazione. Tale ecosistema deve evitare la frammentazione tra ricerca biomedica, traslazionale e applicata, superando approcci settoriali e valorizzando la complementarità delle competenze. Risulta pertanto opportuno scongiurare divisioni rigide delle responsabilità, ad esempio tra ricerca sui servizi, biomarcatori o trattamenti, promuovendo invece un modello policentrico e integrato.

In particolare, è fondamentale l'accesso ai dati sanitari e la loro interoperabilità sia tra database sanitari sia tra questi e attività di ricerca specifiche, nel rispetto della normativa vigente.

12.5 Linee strategiche per la ricerca biomedica e clinica transazionale

Il Piano intende accelerare in modo sistematico e strutturato il trasferimento dei risultati della ricerca di base verso applicazioni cliniche innovative, con l'obiettivo di migliorare la diagnosi precoce, potenziare le terapie

personalizzate e rendere più efficace l'assistenza sanitaria integrata a beneficio dei pazienti piemontesi. L'evoluzione delle conoscenze biomediche, la disponibilità di tecnologie avanzate e la crescente mole di dati clinici richiedono infatti un modello di ricerca che sia in grado di ridurre drasticamente i tempi tra la scoperta scientifica e la sua ricaduta effettiva sulla pratica clinica. In questa prospettiva, si intende promuovere un sistema snello, flessibile e capace di adattarsi rapidamente ai bisogni emergenti di salute, alle priorità di finanziamento e alle sfide poste da nuovi scenari epidemiologici, tecnologici e organizzativi.

La traiettoria strategica individuata si articola attorno ad alcune aree prioritarie di ricerca traslazionale, ritenute essenziali per l'impatto potenziale sulla salute pubblica e per la presenza di competenze, infrastrutture e reti cliniche già consolidate a livello regionale. In primo luogo, l'oncologia traslazionale rappresenta un ambito cardine, con particolare riferimento allo sviluppo di biomarcatori predittivi, terapie target basate su specifiche alterazioni molecolari e studi clinici early-phase disegnati per accelerare il passaggio dalla sperimentazione biologica alla validazione clinica. Accanto all'oncologia, assumono un ruolo strategico le neuroscienze cliniche, dedicate all'individuazione di biomarcatori diagnostici e alla sperimentazione di approcci terapeutici innovativi per malattie neurodegenerative, disturbi cognitivi e condizioni psichiatriche ad elevata complessità.

Un ulteriore asse prioritario riguarda le malattie croniche e l'invecchiamento, con particolare attenzione alla generazione di evidenze real-world, allo sviluppo di modelli predittivi di evoluzione clinica e all'individuazione di strategie personalizzate di prevenzione e presa in carico. Si affiancano inoltre ambiti clinici di lunga tradizione e di eccellenza regionale, quali i trapianti d'organo e tessuti, l'area cardiologica e riabilitativa, nonché quella ortopedica e traumatologica. A questi ambiti consolidati si aggiunge la frontiera delle terapie avanzate e della medicina rigenerativa, per la quale la Regione intende promuovere l'espansione delle GMP-facility regionali dedicate alla produzione di terapie cellulari e geniche, nodo imprescindibile per garantire autonomia, sicurezza e competitività del sistema sanitario. Completa il quadro la Digital Health e l'Intelligenza Artificiale applicata alla clinica, con l'obiettivo di sviluppare algoritmi predittivi, soluzioni di telemedicina e sistemi di monitoraggio remoto capaci di integrare informazioni cliniche, genomiche e ambientali.

Per sostenere la piena realizzazione di questo modello di ricerca traslazionale, sono definite una serie di azioni strategiche ad elevato valore aggiunto. Tra queste, la costituzione di un Centro Regionale per la Ricerca Traslazionale, concepito come infrastruttura di coordinamento che integra ospedali universitari, IRCCS, aziende sanitarie territoriali, centri di ricerca e partner industriali. La creazione di un Registro Unico degli Studi Clinici Traslazionali rappresenta un ulteriore strumento chiave, volto a favorire l'ottimizzazione del reclutamento dei pazienti, la condivisione dei dati e la riduzione della frammentazione informativa. A ciò si aggiunge la messa in rete delle infrastrutture tecnologiche, come biobanche unificate, piattaforme omiche, sistemi avanzati di imaging e laboratori GMP regionali. Parallelamente, il rafforzamento di un network regionale di living-labs clinici consentirà di testare, validare e implementare in tempo reale soluzioni innovative direttamente nei contesti assistenziali, accelerando il ciclo innovazione-valutazione-adozione.

La governance del sistema è affidata al Tavolo Regionale Ricerca Traslazionale (TRRT), che vede la partecipazione coordinata di stakeholder clinici, accademici, industriali e istituzionali. Il TRRT avrà la funzione di indirizzare le priorità, monitorare i risultati, facilitare le collaborazioni e garantire l'allineamento tra gli obiettivi della programmazione regionale e le traiettorie della ricerca biomedica internazionale. Sono inoltre previsti gruppi di lavoro tematici interdisciplinari, incaricati di sviluppare obiettivi annuali, indicatori di performance e valutazioni periodiche dell'impatto delle attività.

CAPITOLO 13
Comunicazione e informazione

CAPITOLO 13

13. Comunicazione e informazione

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 socio-sanitaria** 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.

Si intende rafforzare questa dimensione come asse trasversale di tutte le politiche socio-sanitarie, con l'obiettivo di:

a) garantire un'informazione chiara, accessibile, tempestiva e verificabile;
b) contrastare la disinformazione e promuovere la cultura della salute;
c) rendere il **cittadino protagonista informato del proprio percorso di salute e cura,** attraverso strumenti chiari, accessibili e comprensibili.

Gli obiettivi strategici sono pertanto:

a) promuovere una **cultura della salute condivisa**, fondata su dati affidabili, ascolto attivo e trasparenza;

b) garantire il **diritto all'informazione sanitaria** anche per le persone fragili, con disabilità, migranti e popolazioni a rischio di esclusione;

c) valorizzare **l'identità pubblica e il linguaggio comune del sistema socio-sanitario** regionale;

d) **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.

Con il presente Piano si struttura un modello di comunicazione socio-sanitaria fondato su trasparenza, coerenza, accessibilità e ascolto attivo, riconoscendo la comunicazione pubblica come **fattore abilitante della qualità, dell'appropriatezza e della sostenibilità del sistema.**

13.1 Piattaforme digitali per facilitare l'accesso alle cure

La Regione Piemonte ha attivato 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, 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.

Gli obiettivi strategici sono:

a) **facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari**, tramite un'interfaccia unica e integrata (ad esempio, portale Salute Piemonte, Fascicolo Sanitario Elettronico, CUP regionale);

b) **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;

c) **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;

d) **estendere l'utilizzo della telemedicina**, attraverso piattaforme regionali integrate per televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza, in particolare per pazienti cronici e non autosufficienti;

e) **promuovere soluzioni mobile-first e inclusive**, sviluppando applicazioni semplici, accessibili anche da smartphone e fruibili da persone con diverse abilità o competenze digitali;

f) **integrare le piattaforme con i sistemi di emergenza, continuità assistenziale e assistenza territoriale**, per garantire tempestività e coordinamento nella presa in carico;

g) **creazione di un nuovo portale che racchiuderà tutti i servizi sanitari www.piemonteinsalute.it collegato alla nuova APP;**

h) istituire un sistema regionale di monitoraggio e valutazione degli esiti, in collaborazione con gli ordini professionali e le Università, per misurare l'impatto dell'inserimento degli Infermieri di famiglia e di comunità sugli esiti di salute, sull'uso appropriato dei servizi e sulla soddisfazione dell'utenza;

i) tracciabilità delle prestazioni infermieristiche avanzate, per valorizzare le competenze specialistiche, sempre più centrali nella presa in carico di una popolazione anziana, fragile e affetta da malattie croniche, aderenti al modello di sanità di prossimità, nel rispetto della legislazione vigente.

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.

13.2 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:

a) un programma strutturato di Promozione della salute, denominato "Guadagnare Salute";

b) una strategia di comunicazione che utilizza strumenti e piani condivisi e coordinati tra livello regionale e locale;

c) la gestione di campagne attuate dalle ASL che coprono i temi prioritari quali vaccinazione, dipendenze, sicurezza, screening e stili di vita salutari, con particolare attenzione alla prevenzione dell'obesità e a corretti comportamenti alimentari, campagne vaccinali dei soggetti fragili;

d) una banca dati di materiali per supportare, diffondere e standardizzare processi di comunicazione e promozione della salute.

Nel contesto di attuazione del PSSR, s'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).

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. Un'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.

13.3 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.

Si intende consolidare e ampliare l'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.

In particolare, la Regione Piemonte attuerà specifiche campagne dedicate alla prevenzione dell'obesità e alla diffusione di corrette abitudini alimentari; tramite l'ausilio dei moderni sistemi di messaggistica, le persone fragili e gli anziani riceveranno adeguate informazioni in merito alle opportunità di vaccinazione loro riservate e alle particolari modalità di adesione previste.

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 (PRP), 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.

13.4 Corridoi umanitari sanitari

La Regione promuove corridoi umanitari sanitari per offrire, presso gli ospedali regionali, le cure necessarie a pazienti vulnerabili per il caso di guerre o calamità, attraverso la collaborazione con il Ministero degli affari esteri e della Cooperazione Internazionale, gli enti locali e le organizzazioni internazionali, a partire dall’UNHCR, e con il coinvolgimento di enti del terzo settore e della società civile, per consentire la migliore accoglienza dei pazienti e delle loro famiglie.

In particolare, la Regione si impegna ad attivare un canale chiaro e trasparente per le manifestazioni di disponibilità per l’accoglienza dei pazienti e delle loro famiglie.

13.5 Anticorruzione e trasparenza

La prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza rappresentano uno dei cardini fondamentali attraverso cui la Giunta regionale intende garantire qualità, equità e integrità nel sistema sanitario piemontese. In un settore complesso come quello sanitario, caratterizzato da processi articolati e da un significativo impiego di risorse pubbliche, è essenziale adottare un approccio strutturato che accompagni ogni fase della programmazione e della gestione. Per questa ragione, la Giunta regionale promuove un sistema coerente e coordinato, che integri la prevenzione dei rischi corruttivi nei processi organizzativi ordinari.

La governance di queste attività è assicurata dalla Direzione sanità insieme al Responsabile regionale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ai responsabili omologhi delle aziende sanitarie. Attraverso la rete regionale dei Responsabili per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) viene garantito un presidio costante, volto ad assicurare omogeneità nelle interpretazioni, coordinamento delle misure, tracciabilità delle decisioni e supervisione sui procedimenti più sensibili. Tale rete opera come un luogo tecnico di confronto e allineamento, in cui vengono condivise criticità, soluzioni operative e criteri di intervento.

Nell’attività di prevenzione, la Giunta regionale promuove un’analisi continuativa dei rischi connessi ai diversi ambiti del sistema sanitario: dalle procedure di gara alla gestione dei contratti, dalle liste d’attesa all’accreditamento, fino ai processi di conferimento degli incarichi e alle attività collegate agli investimenti in edilizia sanitaria. L’obiettivo è garantire che ogni fase dell’azione amministrativa sia caratterizzata da criteri chiari, verificabili e documentati, attraverso l’uso di strumenti digitali, procedure standardizzate e una piena tracciabilità dei processi.

Un ruolo centrale è rivestito anche dagli strumenti programmatori e regolamentari, come il PIAO – nella sezione dedicata ai rischi corruttivi e alla trasparenza – e il Codice di comportamento regionale. Essi rappresentano la base su cui si costruisce un sistema di prevenzione stabile e verificabile, supportato da misure di gestione dei conflitti di interesse, percorsi formativi specifici e rotazione degli incarichi nelle aree più esposte. L’utilizzo di piattaforme digitali per l’e-procurement e il workflow amministrativo contribuisce ulteriormente alla trasparenza dei procedimenti e alla riduzione delle aree di rischio.

La Giunta regionale sostiene inoltre una visione avanzata della trasparenza, concepita non come un mero obbligo normativo ma come un elemento che rafforza la fiducia dei cittadini e la qualità del servizio pubblico.

In questo senso, il portale unico regionale, l'integrazione di open data relativi ai servizi sanitari e la qualità delle pubblicazioni nelle sezioni "Amministrazione Trasparente" delle aziende sanitarie costituiscono strumenti indispensabili per garantire accessibilità, verificabilità e controllo diffuso.

Particolare attenzione è dedicata agli appalti e ai contratti, ambito strategico e potenzialmente esposto a rischi. La Giunta regionale assicura che ogni procedura, incluse quelle gestite tramite centrali di committenza, rispetti standard di trasparenza elevati e sia oggetto di verifiche puntuali. Ciò vale in modo ancora più significativo per gli appalti ICT, per i quali viene promossa una gestione responsabile orientata alla sicurezza dei dati, alla prevenzione del lock-in tecnologico e all'adozione di standard aperti.

Completano il sistema regionale di prevenzione gli strumenti dedicati alla vigilanza e alla gestione delle segnalazioni, come i canali riservati per il whistleblowing, la tutela dei segnalanti e gli audit tematici nelle aree più critiche. La formazione del personale, in particolare delle figure apicali e tecniche, rappresenta un ulteriore pilastro di garanzia, perché consente di diffondere una cultura condivisa dell'integrità.

Nel settore dell'edilizia sanitaria, caratterizzato da investimenti di grande portata e rilevanza strategica, la Giunta regionale ha istituito una task force anticorruzione incaricata di presidiare i protocolli di legalità, collaborare con le prefetture e vigilare sul rispetto delle disposizioni nei cantieri. Questo approccio consente di coniugare l'accelerazione degli interventi con il rigoroso rispetto delle regole e la prevenzione di fenomeni distorsivi.

Per consolidare il quadro complessivo della prevenzione, la Giunta regionale definisce un sistema di monitoraggio basato su indicatori essenziali relativi alla trasparenza, alla tempestività dei procedimenti, ai controlli interni, ai processi formativi e alla gestione delle segnalazioni. Una valutazione annuale indipendente supporta il confronto tra le aziende sanitarie e orienta la programmazione degli interventi successivi, contribuendo a rafforzare un modello fondato sulla responsabilità, sulla misurabilità dei risultati e sul miglioramento continuo.

13.6 Proprietà industriale/intellettuale (PI): brevetti, modelli di utilità, marchi e diritti d'autore in Sanità

La proprietà industriale/intellettuale (PI) in sanità, intesa come insieme di brevetti, modelli di utilità, marchi, design, diritti d'autore, ivi incluso quelli su software, banche dati, informazioni riservate e segreti commerciali, è uno strumento di governo dell'innovazione e di tutela dell'interesse pubblico. Nell'ambito del PSSR 2025–2030, questo capitolo orienta l'intero sistema regionale di ricerca, assistenza, formazione e filiera industriale verso un uso consapevole e strategico della PI, capace di valorizzare i risultati scientifici, accelerare l'adozione clinica di tecnologie innovative sicure ed efficaci, incentivare l'attività di ricerca scientifica e innovazione tecnologica in partenariato con imprese, IRCCS e università, consentire l'accesso e lo scambio di competenze, conoscenze e tecnologie al fine di aumentare l'efficienza operativa e potenziare la formazione e la crescita del capitale umano, prevenire lock-in tecnologici (dipendenza da un unico fornitore) e garantire trasparenza nei rapporti con tutti i soggetti coinvolti, ivi inclusi i fornitori.

L'ambito di applicazione comprende, in particolare, medicinali, dispositivi medici e diagnostici in vitro, software come dispositivo medico e soluzioni digitali per la sanità, piattaforme e dataset clinici, algoritmi e modelli di intelligenza artificiale, fino ai materiali informativi e ai brand istituzionali. La chiarezza sui contenuti dei diritti di IP – che cosa costituisce patrimonio preesistente (cosiddetto "background") e cosa nasce durante i progetti (cosiddetto "foreground") – e circa la relativa titolarità, è la condizione per evitare

contenziosi, ridurre i tempi di introduzione delle tecnologie e assicurare la corretta valorizzazione economica e reputazionale dell'ecosistema sanitario piemontese.

La governance è articolata su due livelli. A livello regionale, l'Assessorato indirizza e coordina la strategia, monitora gli indicatori e raccorda il Centro di competenza PI & Trasferimento tecnologico con la Centrale acquisti, la Sanità digitale e l'Osservatorio per la legalità. Il Centro di competenza fornisce supporto specialistico a tutte le aziende, mette a disposizione modulistica e clausole tipo, cura uno sportello per atenei e imprese. A livello aziendale, un Ufficio proprietà intellettuale coordina disclosure (cioè come e quando l'informazione sulla innovazione sviluppata deve essere veicolata tra inventore e azienda nonché quali informazioni possono essere comunicate o divulgate a terzi) e ricerche di anteriorità, per verificare se l'innovazione è effettivamente tale, e libertà di azione, per evitare di violare PI altrui, propone la strategia di tutela o, quando opportuno, la segretazione del know-how, e lavora con le funzioni cliniche, la Farmacia, l'Ingegneria clinica e l'ICT (Information and Communication Technology). Un comitato aziendale, convocato con cadenza regolare, assume decisioni su priorità, depositi, licenze, naming e inserimento di clausole che disciplinano la PI nei capitolati.

Le linee di intervento prevedono:

a) una policy regionale unitaria sulla titolarità dei risultati, la ripartizione dei proventi tra le strutture coinvolte, la determinazione delle premialità connesse con l'attività inventiva da conferire agli inventori, l'accesso e la valorizzazione dei dati e la gestione dei segreti commerciali;
b) l'adozione di procedure standard dalla segnalazione dell'invenzione alla domanda di brevetto o alla scelta alternativa;
c) processo di naming conforme alle regole europee e nazionali per ridurre il rischio di confusione su farmaci e dispositivi medici;
d) capitolati e contratti "IP-ready", che fissano interoperabilità, portabilità dei dati, deposito fiduciario del codice (escrow) quando necessario, gestione dell'open source, garanzie di libertà di azione e adeguate manleve.

Un'attenzione specifica è dedicata a trasferimento tecnologico e partenariati pubblico-privati: i contratti distinguono ciò che ciascuna parte porta in dote ("background") da ciò che nascerà dal progetto ("foreground"), definiscono con equilibrio corrispettivi, titolarità, licenze, territori, royalties, co-branding, impegni di riservatezza, nonché tempi e modi di pubblicazione e di sfruttamento commerciale, gestendo in modo trasparente i potenziali conflitti di interesse.

I processi sono lineari e sorvegliati. La catena che va dalla decisione di tutela, al deposito, alla disclosure (intesa come comunicazione a terzi dell'innovazione sviluppata) o alla protezione come segreto industriale, fino all'adozione clinica, è scandita da tempi certi e da verifiche tecniche e regolatorie. Il naming, ovvero la definizione del segno distintivo, segue un percorso che parte dalla proposta, attraversa lo screening fonetico-visivo-concettuale e la verifica dei potenziali conflitti, e si conclude con la validazione clinico-regolatoria e la delibera. Gli acquisti pubblici dichiarano a monte chi possiede il software e chi detiene i diritti d'uso, quali componenti sono impiegate e come si garantiscono interoperabilità e portabilità; in fase di esecuzione sono previsti audit periodici per misurare il rispetto degli impegni. Nei progetti di ricerca e nei partenariati pubblico-privati (PPP), i contratti disciplinano in modo chiaro la titolarità dei risultati e la loro gestione, l'uso dei marchi e di tutti i segni distintivi, nonché la titolarità rispetto ai diritti su dati e metadati e la relativa confidenzialità.

Gli impatti attesi sono concreti: riduzione dei tempi dall'ottenimento del risultato di ricerca alla sua implementazione e adozione clinica, incremento dell'efficienza della gestione e della redditività del

patrimonio di IP, riduzione dei contenziosi e dei blocchi dovuti a lock-in, maggiore qualità e sicurezza di dispositivi e software nel SSR e una migliore valorizzazione dell'ecosistema regionale. Il monitoraggio poggia su pochi indicatori chiave: la quota di disclosure, cioè di segnalazioni di innovazioni sviluppate, valutate entro tempi standard, il tasso di deposito rapportato agli investimenti in ricerca, il numero dei partneriati stabiliti con imprese, IRCCS e università, la diffusione delle clausole anti lock-in, i tempi di approvazione dei nomi e la qualità della contrattualistica in termini di chiarezza sui rispettivi diritti e reciproci obblighi.

L'attuazione procede per fasi. Nei primi mesi si istituiscono il Centro di Competenza e i comitati, si approvano policy e procedure, si attiva la formazione e si avvia la sperimentazione su aziende o enti di ricerca (IRCCS e università) pilota. Nel secondo anno il modello viene esteso a tutto il territorio, con l'adozione generalizzata delle clausole tipo e la messa a regime di un sistema di archiviazione ovvero di un repository contrattuale. Negli anni successivi si consolidano i risultati, si perfezionano le procedure, si effettuano gli audit di conformità e di verifica delle efficienze e si aggiornano obiettivi e strumenti alla luce dell'evoluzione normativa e tecnologica.

I rischi principali – divulgazione prematura di risultati, lock-in software e dispositivi, rifiuto dei nomi, stalli nelle procedure di concessione dei titoli di IP, contenziosi con i detentori di contrapposti interessi, non conformità regolatoria dei software come dispositivi, e conflitti di interesse nei progetti di trasferimento tecnologico – sono affrontati con misure organizzative e contrattuali precise alla luce delle vigenti normative nazionali e internazionali: accordi di riservatezza e regole sulla gestione del risultato della ricerca, ivi incluse quelle sulla sua protezione e successiva pubblicazione, standard aperti e piani di uscita per gestire l'abbandono o la sostituzione di un software o di un sistema, pre-screening accurato e governance del naming e dei segni distintivi in generale, due diligence e ottenimento di manleve, validazione clinica e di qualità per i farmaci, i dispositivi medici e i software e segnalazioni obbligatorie sui potenziali conflitti di interesse. In caso di emergenze sanitarie, il sistema si dota di un playbook ovvero di una guida operativa che consente di attivare, nei limiti fissati dall'ordinamento, licenze obbligatorie su brevetti strettamente necessari, con equo indennizzo e durata circoscritta all'interesse pubblico da tutelare.

Con questo assetto, la Regione Piemonte dota il Servizio Sanitario di un quadro chiaro, pragmatico e flessibile per gestire il proprio patrimonio di diritti di proprietà industriale/intellettuale (IP): regole chiare, responsabilità definite, tempi certi e trasparenza, per trasformare più rapidamente ed efficacemente la buona ricerca in innovative soluzioni di cura usufruibili dai cittadini, mantenendo alto il proprio livello di concorrenza e garantendo, al tempo stesso, sostenibilità, efficienza e accesso alle innovazioni da parte dei cittadini.

13.7 Collaborazione Giunta regionale – Fondazioni e Rete di Enti no-profit

La collaborazione tra la Giunta regionale attraverso l'Assessorato competente per materia e le Fondazioni/Rete di Enti no-profit si basa sull'idea che la cooperazione tra istituzioni pubbliche e soggetti filantropici, se guidata da visione condivisa e trasparente, possa generare un impatto concreto e accelerare l'attuazione del Piano socio-sanitario. L'obiettivo comune è trasformare priorità strategiche in progetti realizzabili, misurabili e capaci di produrre benefici duraturi per i cittadini e le comunità.

La partnership si basa su un chiaro riconoscimento dei ruoli: le Fondazioni/Rete Enti no-profit mettono a disposizione conoscenze progettuali, capacità di attivazione di competenze di terzi e sviluppo di networking, idee sotto forma di "Proof of Concept" e cofinanziamento in termini di risorse economiche. Data la loro natura, inoltre, sono in grado di sostenere l'innovazione attraverso progetti di ricerca e di natura sperimentale, in ottica di advocacy rispetto al sistema sanitario regionale.

La Regione, sempre attraverso l'Assessorato, garantisce la regia complessiva, la visione strategica e la coerenza con gli obiettivi di equità, prossimità, qualità e innovazione che guidano la programmazione sanitaria. Questo equilibrio consente di evitare sovrapposizioni, massimizzando l'efficacia degli investimenti e concentrando gli sforzi su ambiti prioritari come la prevenzione, la salute mentale di comunità, la tutela delle fragilità e la transizione digitale.

Per dare struttura al percorso, la Giunta regionale intende promuovere gli opportuni strumenti di governance: un tavolo strategico di indirizzo, che definisce priorità comuni e linee di intervento; il coordinamento operativo, che accompagna lo sviluppo dei progetti sul campo e ne monitora l'attuazione. Questo modello, basato sulla co-programmazione, consente di selezionare iniziative con chiari benefici per i cittadini e con concrete possibilità di scalabilità.

La definizione di indicatori condivisi già in fase di avvio assicura la misurabilità dei risultati, che sono orientati al potenziamento dei servizi territoriali, al rafforzamento dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), alla diffusione della telemedicina e del telemonitoraggio per le cronicità, alla riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso.

Le modalità di attuazione dei progetti prevedono una progressione incrementale: l'avvio e la sperimentazione, l'estensione e il consolidamento delle esperienze più promettenti, la rendicontazione pubblica, la diffusione degli apprendimenti e l'individuazione di nuove priorità di miglioramento. Nella consapevolezza della complessità di collaborazioni multilivello, la Giunta regionale e le Fondazioni/Rete enti no-profit collaborano per adottare strumenti di presidio chiari ed efficaci: una regia unica, un registro condiviso dei progetti per tracciare investimenti e avanzamenti, criteri trasparenti di selezione e valutazioni ex ante ed ex post.

La comunicazione periodica e accessibile rafforza fiducia e responsabilità reciproca, trasformando la cooperazione in un motore di innovazione e impatto sociale per il Piemonte.

CAPITOLO 14

Il Piano socio-sanitario della Regione Piemonte visto dal Welfare

CAPITOLO 14

14. Introduzione al PSSR visto dal Welfare

Al di là delle prestazioni di natura socio-sanitaria, per le quali esiste già una regolamentazione a livello regionale e una stretta correlazione tra servizi sociali e servizi sanitari attraverso la compartecipazione alla spesa e una suddivisione del lavoro chiara e definita, il contributo che il welfare può comportare al PSSR 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.

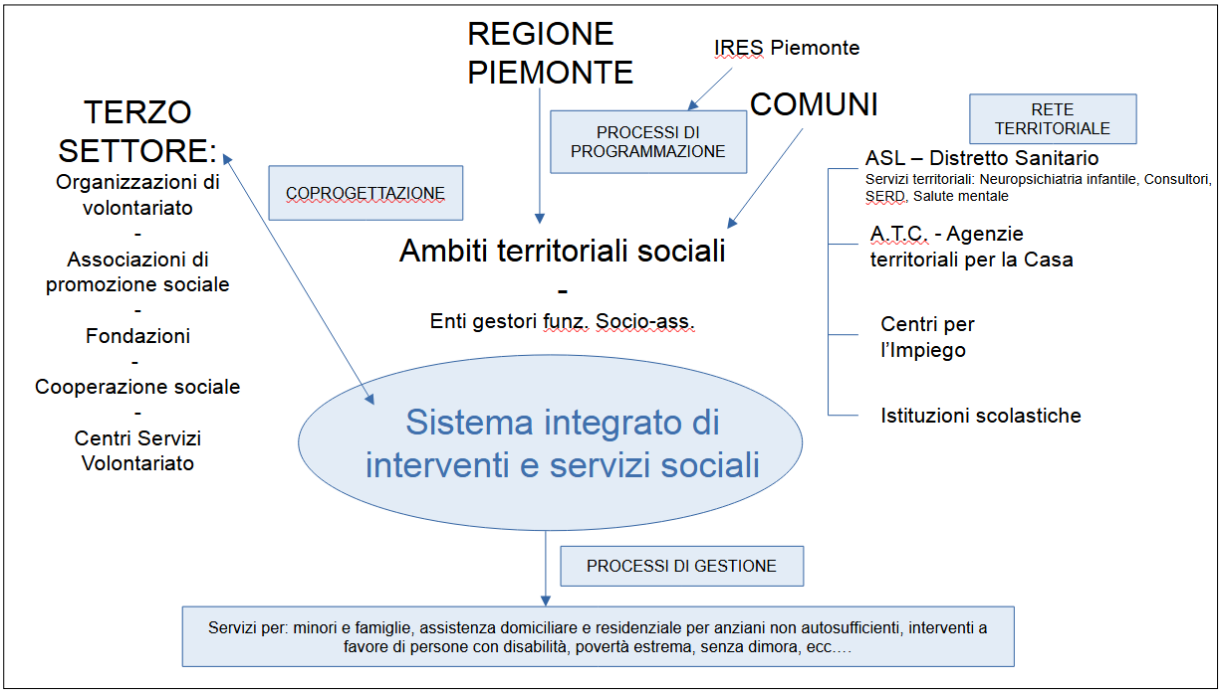
Tutte le prestazioni assistenziali sono erogate dal sistema degli enti gestori socio-assistenziali, articolate sul territorio, e vanno ad intercettare situazioni di fragilità mettendo in essere servizi di prevenzione del ricovero cercando di limitare azioni e interventi impattanti sulla vita delle persone 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 o 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 socio-sanitario e sociale nel nuovo PSSR 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 un'introduzione al contesto organizzativo dei servizi sociali piemontesi (EE.GG./ATS), alcune proposte programmatorie socio-sanitarie utili a rinnovare e a modernizzare le norme, come le deliberazioni di Giunta regionale, più importanti del contesto socio-sanitario, e alcune azioni prettamente sociali necessarie al completamento degli obiettivi di benessere/salute che ci poniamo.



14.1 Assetto territoriale degli enti gestori

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 e riordino della legislazione di riferimento).

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 legge regionale 1/2004 individua in tale gestione e 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.

Sono attualmente presenti sul territorio regionale 46 enti gestori dei servizi socioassistenziali, le cui forme associate sono riepilogate nella seguente tabella:

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**

Nella successiva tabella si fornisce il dettaglio degli Enti Gestori (E.G.), afferenti agli ATS, che non risultano conformi al limite demografico minimo previsto per la gestione della funzione socioassistenziale, come stabilito dall'articolo 7, comma 2, della legge regionale 28 settembre 2012, n. 11 (Disposizioni organiche in materia di enti locali).

ENTI GESTORI CON POPOLAZIONE <40.000 ABITANTI

ASL	AMBITO TERRITORIALE	COD. SOG. GEST. 2025	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

14.1.1 Ambiti territoriali sociali ed enti gestori afferenti

Sono attualmente presenti quaranta Ambiti territoriali sociali (ATS), dei quali trentasei 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 quattro ATS la situazione è differente, come di seguito evidenziata:

a) Cuneo sud-est: un consorzio e un'unione montana; unica ASL;

b) Area nord novarese: un consorzio e una convenzione; unica ASL;

c) VCO: tre consorzi; unica ASL;

d) Orizzonti nord-est: due consorzi e un'unione montana (tra i trenta e i quarantamila abitanti per ciascuno 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) decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 (Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà), che all'articolo 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";

b) decreto ministeriale 103/2019, istitutivo del SIOSS (Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali), che deriva dal d.lgs. 147/2017 e prevede all'articolo 2, comma 2, che l'unità di rilevazione del SIOSS è l'Ambito Territoriale; all'articolo 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 (articolo 1, commi 159-171, della legge 30 dicembre 2021, n. 234) 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.

È inopportuno assistere alla crescita delle sedi di 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 E.G., 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.

14.1.2 Finanziamento del Sistema di Welfare

I principi relativi all'attuale finanziamento del Sistema di Welfare regionale sono enunciati nell'articolo 35 della legge regionale 1/2004 che dispone che:

a) 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;
b) 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;
c) l'intervento finanziario regionale ha carattere contributivo rispetto all'intervento primario comunale ed è finalizzato a sostenere lo sviluppo e 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 socio-assistenziali, 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 29 settembre 2010, n. 14-714, e prevedono la suddivisione delle risorse:

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

Negli anni successivi all'adozione della suddetta deliberazione di Giunta regionale i provvedimenti annuali di riequilibrio delle quote da assegnare agli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali hanno permesso una ripartizione delle risorse in misura proporzionale alle quote attribuite negli anni precedenti e in base all'assetto territoriale aggiornato, al fine di evitare eccessive alterazioni nella stabilità della gestione locale.

Concorrono alla composizione del Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali ai sensi dell'articolo 35 della l.r. 1/2004 anche le risorse ministeriali del Fondo nazionale politiche sociali (FNPS) che vengono ripartite secondo i medesimi criteri adottati per le risorse regionali e in coerenza con gli indirizzi del decreto interministeriale del 2 aprile 2025 che ha adottato il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026, il cui capitolo 2 "Piano sociale nazionale 2024-2026" costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al FNPS e individua, 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 previsto che l'erogazione della quota FNPS annuale di spettanza, da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sia condizionata dalla rendicontazione, effettuata dagli Ambiti territoriali sociali (ATS) nella specifica sezione della piattaforma ministeriale SIOSS (Sistema

Informativo dell'Offerta dei Servizi sociali), 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.

La Giunta regionale, in applicazione delle disposizioni normative sopracitate, ha adottato la deliberazione n. 11-1387 del 21 luglio 2025 che costituisce l'atto di programmazione regionale e locale delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali per il triennio 2024-2026, in coerenza con il "Piano sociale nazionale 2024-2026" e secondo lo schema, di cui alla scheda "Programmazione" del SIOSS.

14.1.3 Report rendicontazione annuale enti gestori e assegnazione risorse

Principali report inerenti alla 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 23 aprile 2021, n. 2-3117.

Tab. 2.1. - Entrate correnti degli Enti Gestori nel periodo 2021 – 2023: Sintesi regionale

	2021	2022	2023
CONTRIBUTI E TRASFERIMENTI CORRENTI DALLA REGIONE	**149.303.000**	**196.446.000**	**189.504.000**
ENTRATE DA ASL	**48.255.000**	**47.418.000**	**47.451.000**
ENTRATE DAI COMUNI	**114.609.000**	**115.768.000**	**119.005.000**
FINANZIAMENTO DIRETTO	**120.580.000**	**122.990.000**	**123.251.000**
ENTRATE DA ALTRI ENTI PUBBLICI	**77.306.000**	**93.172.000**	**95.985.000**
ALTRE ENTRATE	**27.511.000**	**29.182.000**	**31.964.000**
TOTALE ENTRATE CORRENTI	**537.564.000**	**604.976.000**	**607.160.000**
TOTALE SPESE CORRENTI	**541.990.000**	**563.056.000**	**589.696.000**
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 2023: sintesi regionale

	Anno 2023	Percentuale di finanziamento sul totale
CONTRIBUTI E TRASFERIMENTI CORRENTI DALLA REGIONE	189.504.000	31,21
ENTRATE DA ASL	47.451.000	7,82
CONTRIBUTI E TRASFERIMENTI DAI COMUNI ALL'ENTE GESTORE	119.005.000	19,60
FINANZIAMENTO DIRETTO	123.251.000	20,30
ENTRATE DA ALTRI ENTI PUBBLICI	95.985.000	15,80
ALTRE ENTRATE	31.964.000	5,27
TOTALE ENTRATE CORRENTI	**607.160.000**	**100,00**

Tab. 2.3 - Spese correnti degli Enti Gestori anno 2023: sintesi regionale

	Importo	Percentuale di Spesa sul totale
FUNZIONI GENERALI AMMINISTRAZIONE GESTIONE E CONTROLLO	31.782.000	5,39
FUNZIONI DI ISTRUZIONE PUBBLICA E FORMAZIONE PROFESSIONALE	1.505.000	0,26
STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER MINORI	177.000	0,03
STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER SOGGETTI DISABILI ED ADULTI	30.600.000	5,19
STRUTTURE RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI E DI RICOVERO PER ANZIANI	16.465.000	2,79
ATTIVITÀ TERRITORIALI	509.167.000	86,34
TOTALE SPESE CORRENTI	**589.696.000**	**100,00**

Tab. 2.4 - Spese correnti anno 2023 relative a strutture e attività territoriali suddivise per macroaggregati: sintesi regionale	
	2023
REDDITO DA LAVORO DIPENDENTE (COMPRENSIVI ONERI SOCIALI, IRAP, INAIL)	103.906.000
ALTRE IMPOSTE E TASSE A CARICO DELL'ENTE	4.157.000
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)	297.284.000
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)	21.131.000
TRASFERIMENTI CORRENTI (ASSISTENZA ECONOMICA, AFFIDI MINORI/ACCOGLIENZA ADULTI ANZIANI ECC.)	126.163.000
INTERESSI PASSIVI	46.000
ALTRE SPESE CORRENTI (RIMBORSI E POSTE CORRETTIVE DELLE ENTRATE, PREMI ASSICURATIVI)	3.722.000
TOTALE SPESE CORRENTI RELATIVE A STRUTTURE E ATTIVITA' TERRITORIALI	**556.409.000**

14.1.4 Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali – 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, ai sensi dell'articolo 1, commi 159-171, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

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 e 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:

a) pronto intervento sociale;
b) supervisione del personale dei servizi sociali;
c) servizi sociali per le dimissioni protette;
d) prevenzione dell'allontanamento familiare;
e) servizi per la residenza fittizia;
f) progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente.

Tali LEPS sono stati espressamente richiamati dall'articolo 1, comma 170, della legge 234/2021 e successive modifiche, la quale, tra l'altro, si è incaricata, al comma 159, di esplicitare 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, al 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 30 dicembre 2020, n. 178 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023), all'articolo 1, commi 797-804, ha disposto il potenziamento del sistema dei servizi sociali comunali attraverso l'erogazione di un contributo economico riconosciuto agli 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, come definito dalla legge 178/2020, è così determinato:

a) 40.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto a tempo indeterminato dall'Ambito, ossia 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;
b) 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/ATS, il comma 798 della legge 178/2020 sopra citata, stabilisce che ciascun ATS, 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.

14.1.5 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 e 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 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), dal 2022 ha 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 178/2020, che ha previsto il riconoscimento di un contributo a favore degli ATS in relazione agli assistenti sociali assunti a tempo indeterminato dagli stessi ATS o dai comuni 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 (32 ATS e rapporto A.S. / ab.)	Stato del monitoraggio ANNO 2022 (32 ATS e rapporto A.S. / ab.)	Stato del monitoraggio ANNO 2023 (40 ATS e rapporto A.S. / ab.)	Stato del monitoraggio ANNO 2024 (40 ATS e rapporto A.S. / ab.)
9 ATS < 1 A.S. / 6.500 ab.	3 ATS < 1 A.S. / 6.500 ab.	3 ATS < 1 A.S. / 6.500 ab.	2 ATS < 1 A.S. / 6.500 ab.
15 ATS 1 A.S. compreso tra 6.500 e 5.000 ab.	12 ATS 1 A.S. compreso tra 6.500 e 5.000 ab.	9 ATS 1 A.S. compreso tra 6.500 e 5.000 ab.	7 ATS 1 A.S. compreso tra 6.500 e 5.000 ab.
8 ATS > 1 A.S. / 5.000 ab.	17 ATS > 1 A.S. / 5.000 ab.	28 ATS > 1 A.S. / 5.000 ab	31 ATS > 1 A.S. / 5.000 ab.

Come si osserva nella tabella soprastante, il contributo erogato agli ATS ha permesso un progressivo e costante rafforzamento del Servizio Sociale territoriale e l'attuazione del LEPS di 1 assistente sociale ogni 5000 abitanti per circa il 78% del territorio piemontese.

14.1.6 Aggiornamento LEPS secondo il 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 decreto interministeriale. del 30 dicembre 2021, e dai successivi interventi normativi ivi indicati, la cui tabella riepilogativa è stata estratta dal secondo capitolo, paragrafo 1.1 del nuovo Piano nazionale sociale 2024-2026, adottato con decreto interministeriale del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 2 aprile 2025.

LEPS	Norma di riferimento	Atto di programmazione di riferimento	Fonti di finanziamento*
Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)	D.P.C.M. 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	decreto-legge 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 1228/1954, art. 2, e il d.p.r. 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	legge 234/2021, comma 164	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA

14.1.7 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 e a rischio povertà. In raccordo con quanto definito dal nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026, adottato con decreto interministeriale del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 2 aprile 2025, 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. Con l'approvazione del presente Piano sono definiti i seguenti obiettivi:

a) rafforzare l'infrastruttura dei servizi sociali attraverso un lavoro di accompagnamento degli EE.GG., afferenti agli ATS, verso il raggiungimento della coincidenza territoriale, ove possibile, tra E.G. e ATS, e tra ATS e distretto sanitario, 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", adottato con decreto interministeriale del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 24 giugno 2025, che definiscono alcuni dei principi relativi all'organizzazione dei servizi, in attuazione dell'articolo 1, comma 160, della legge 234/2021, 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;
b) 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;
c) 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 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;
d) avviare il confronto con gli ambiti territoriali sociali riguardante l'ente di gestione delle risorse sociali della Regione Piemonte.
e) definire i modelli di governance e le modalità operative specifiche per la programmazione integrata sociale e sanitaria (Piani di Zona e Programma delle Attività Territoriali dei Distretti) garantendo, al contempo, le condizioni migliori per favorire il raccordo tra i diversi servizi territoriali;
f) adottare tutte le soluzioni tecniche e organizzative utili a uniformare, in armonia con il livello nazionale, tempi, criteri e modalità di trasferimento dei fondi regionali agli ATS, in modo da assicurare una adeguata programmazione degli stessi e il loro utilizzo nel corso dell'anno finanziario di competenza, nella prospettiva dell'attuazione omogenea su tutto il territorio nazionale dei LEPS.

14.2 Attuazione dell'ente di gestione delle risorse sociali della Regione Piemonte

Al fine di garantire un governo unitario, efficiente e rispondente alla programmazione regionale delle risorse destinate alle politiche sociali, la Regione Piemonte avvia l'istituzione dell'Ente di gestione delle risorse sociali, quale soggetto strumentale regionale dedicato al supporto operativo, tecnico e amministrativo della Direzione Welfare. L'avvio dell'iter di istituzione dell'Ente risponde all'esigenza di assicurare una maggiore omogeneità territoriale nell'attuazione degli interventi sociali, di rafforzare la capacità amministrativa degli Enti locali, di evitare la frammentazione organizzativa e di garantire un uso coerente ed efficace dei fondi regionali, statali ed europei dedicati al welfare. L'Ente opera in raccordo stabile con la Direzione Welfare, con gli Ambiti Territoriali Sociali, con gli Enti gestori dei servizi socio assistenziali e con gli altri soggetti coinvolti nella programmazione sociale regionale, secondo criteri di economicità, semplificazione amministrativa e trasparenza.

14.3 Disabilità nel PSSR

La Regione Piemonte riconosce e garantisce, in tema di servizi per gli utenti con disabilità e minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, quanto previsto dai Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie di cui all'articolo 21 "Percorsi assistenziali integrati" e seguenti del Dpcm 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". Le prestazioni e i servizi LEA sanitari e socio sanitari comprendono le cure domiciliari, quelle semi-residenziali e residenziali in tutti i setting di cura e sono integrati da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.
A seguito del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 (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 ATS, 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, il presente Piano propone di seguito l'ultima rilevazione disponibile (giugno 2025) contenente il monitoraggio sull'accesso ai servizi per le persone con disabilità.

MONITORAGGIO SULL'ACCESSO AI SERVIZI PER LE PERSONE CON DISABILITA'
SECONDO TRIMESTRE ANNO 2025 (1/4-30/6)

Dati riassuntivi delle AA.SS.LL.

ASL	TO città	TO3	TO4	TO5	VC	BI	NO	VCO	CN1	CN 2	AT	AL	REGIONE
SERVIZI RESIDENZIALI													
Numero persone valutate e in attesa di presa in carico alla data di fine rilevazione	11	14	3	1	6	13	0	0	22	0	2	42	**114**
Numero di persone ospiti in strutture accreditate/in carico alla data di fine rilevazione	1.584	640	440	363	156	166	406	153	307	183	196	523	**5.117**
IL VALORE NUMERICO, INDICATO SOPRA, COMPRENDE LE SEGUENTI INTENSITA' DELLA RESIDENZIALITA': ALTA INTENSITA', MEDIA INTENSITA' E BASSA INTENSITA'													
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI													
Numero persone valutate e in attesa di presa in carico alla data di fine rilevazione	12	36	97	5	0	5	0	2	46	4	6	23	**236**
Numero di persone ospiti in strutture accreditate/in carico alla data di fine rilevazione	925	700	705	331	134	102	308	128	441	165	169	332	**4.440**
SERVIZI DI DOMICILIARITA'													
Numero persone valutate e in attesa di presa in carico alla data di fine rilevazione	45	33	91	20	81	24	0	0	149	31	23	95	**592**
Numero di persone ospiti in strutture accreditate/in carico alla data di fine rilevazione	1.349	412	481	236	224	371	302	222	469	173	158	0	**4.397**
SERVIZI DI EDUCATIVA TERRITORIALE													
Numero persone valutate e in attesa di presa in carico alla data di fine rilevazione	1	77	43	18	8	5	0	7	30	9	13	31	**242**
Numero di persone ospiti in strutture accreditate/in carico alla data di fine rilevazione	222	1.043	335	538	313	320	63	278	577	255	192	306	**4.442**

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 socio-sanitarie presenti nella nostra regione, che vede i servizi sociali e le AA.SS.LL. come i principali soggetti pubblici protagonisti in questo settore.

Proprio il decreto legislativo 62/2024 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 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.

14.3.1 Spazio di lavoro e proposte

Il presente Piano definisce 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:

a) determinazione e aggiornamento del fabbisogno regionale delle strutture residenziali e diurne per persone con disabilità ai sensi dell'articolo 8 ter del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche;
b) progetto di revisione della normativa regionale relativa all'area disabilità e, in particolare, della deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 1997, n. 230-23699 (Standard organizzativo-gestionali dei servizi a favore delle persone disabili), 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 legislativo 62/2024, 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:

a) 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, anche attraverso nuove formule residenziali quali il co-housing e l'housing sociale;
b) disciplinando i profili soggettivi per l'individuazione del referente per l'attuazione del progetto di vita e i suoi relativi compiti;
c) 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.

Nell'ambito della programmazione dei progetti di vita indipendente e nella definizione delle politiche di sostegno e assistenza alle persone con disabilità, la Regione Piemonte favorirà l'inserimento lavorativo, in attuazione della legge 68/1999, anche mediante la promozione della figura di Disability Manager nelle aziende

pubbliche e private del territorio attraverso la diffusione del Registro regionale istituito con la legge regionale 17 ottobre 2023, n. 26 (Istituzione del Disability Manager della Regione Piemonte).

14.3.2 Assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità

L'assistente alla comunicazione è un operatore socio-educativo con funzione di mediatore e facilitatore della comunicazione, dell'apprendimento, dell'integrazione e della relazione tra lo studente con disabilità sensoriale, la famiglia, la scuola, la classe e i servizi territoriali specialistici. L'assistente alla comunicazione è una figura professionale prevista dalla legge 104/1992 ma che ha preso piede solo successivamente. Infatti molti studenti con disabilità sensoriale che hanno frequentato le scuole dell'obbligo negli anni '90 non hanno beneficiato di tale supporto. Attualmente la figura dell'assistente alla comunicazione è di competenza regionale e pertanto ogni regione gestisce l'erogazione del servizio con modalità e criteri differenti. Definire il ruolo dell'assistente alla comunicazione in modo univoco risulta arduo poiché l'età di intervento varia dai tre anni con l'ingresso alla scuola dell'infanzia ai diciannove anni, età indicativa della conclusione della scuola secondaria di secondo grado. Inoltre le disabilità sensoriali, quella visiva e quella uditiva, richiedono competenze e metodi di intervento differenti.

Con la legge di Bilancio 2024, all'articolo 1 comma 210, il fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità è confluito nel Fondo unico per l'inclusione sociale.

L'articolo 1, commi da 210 a 216 della legge 30 dicembre 2023, n. 213 ha istituito a decorrere dall'anno 2024 il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità. All'interno di detto Fondo confluiscono: i Fondi per la disabilità iscritti nel bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri e quindi: il "Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità", il "Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità", il "Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare" e il "Fondo per l'inclusione delle persone sorde e con ipoacusia".

Secondo l'articolo 3 della Costituzione "è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

La Regione promuoverà la presenza e il lavoro degli assistenti alla comunicazione nelle scuole piemontesi.

14.4 Anziani non autosufficienti

La Regione Piemonte riconosce e garantisce, in tema di servizi per i malati non autosufficienti, quanto previsto dai Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie di cui all'articolo 21 "Percorsi assistenziali integrati" e seguenti del Dpcm 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", nonché da quanto stabilito dal Dpcm 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie". Le prestazioni e i servizi Lea sanitari e socio sanitari comprendono le cure domiciliari, quelle semi-residenziali e residenziali in tutti i setting di cura e sono integrati da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

L'area di intervento dedicata alle persone anziane non autosufficienti è stata oggetto delle innovazioni introdotte dal decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore

delle persone anziane". La relativa riforma è tuttora in fase di definizione, in quanto il decreto legislativo demanda a provvedimenti attuativi ulteriori aspetti della disciplina.

Ai fini del PSSR è opportuno ricordare alcuni punti essenziali della riforma:

a) promozione della dignità e dell'autonomia, dell'inclusione sociale, dell'invecchiamento attivo e della prevenzione della fragilità della popolazione anziani;
b) riordino, semplificazione, coordinamento e miglioramento dell'efficacia delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti;
c) valutazione multidimensionale unificata, integrata anche con la valutazione e le prestazioni erogate dall'INPS;
d) modifica del "range" demografico destinatario degli interventi socio-sanitari, da ultrasessantacinquenni a ultrasettantenni;
e) 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 nelle Case della Comunità, Valutazione Unificata, predisposizione dei Progetti di assistenza individuale integrata (PAI), erogazione delle prestazioni;
f) integrazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali per garantire la realizzazione integrata dei LEPS e dei LEA.

Gli ATS servono oggi quasi 11.000 persone anziane, rappresentate dalla tabella sotto riportata, 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	861	1.130	1.991
75 anni e oltre	816	2.324	3.140	1.640	3.807	5.447	2.456	6.131	8.587
Totale	**1.074**	**2.624**	**3.698**	**2.243**	**4.637**	**6.880**	**3.317**	**7.261**	**10.578**

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	23876

14.4.1 Spazio di lavoro e proposte

L'efficace attuazione della riforma, anche con riguardo al territorio piemontese, risulta subordinata alla capacità degli attori istituzionali del sistema sanitario e del sistema di welfare di attivare un effettivo processo di integrazione sociosanitaria, allo stato ancora insufficiente in diverse sue componenti.

Tra le molte proposte è importante, in area socio-sanitaria:

a) avviare pienamente l'attività dei PUA con le competenze e le modalità previste dalla riforma;
b) riorganizzare l'attività delle Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) al fine di rispondere ai nuovi compiti affidati dalla riforma, in coerenza con quanto già definito all'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017 e con la sentenza del Consiglio di Stato 21 febbraio 2019, n. 1858;
c) 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;
d) migliorare la trasparenza del percorso di presa in carico ed erogazione delle prestazioni al fine di migliorare il rapporto con i cittadini;
e) proposta di modifiche ai requisiti delle RSA previsti dalla deliberazione della Giunta regionale 30 luglio 2012, n. 45-4248, e successive modifiche;
f) nell'ambito della programmazione concordata tra ASL e ATS, in attuazione dell'articolo 21 comma 4 dei LEA del 2017, privilegiare gli interventi che favoriscano la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio attraverso un insieme di prestazioni di lungoassistenza che comprendano servizi congiuntamente resi da ASL ed E.G. delle funzioni socio assistenziali ("con risorse formali e informali")

quali, ad esempio, titoli per l'acquisto di servizi, assistenti familiari, contributi ai familiari e rimborsi per affidatari e volontari, incontro tra domanda e offerta di lavoro nell'ambito dell'assistenza familiare;

g) promuovere lo strumento del budget di salute, per la piena integrazione di tutte le risorse sanitarie e sociali finalizzate alla cura della persona non autosufficiente, nell'ottica della personalizzazione e della flessibilità degli interventi;

h) la dotazione di posti letto in RSA dovrà essere rivista rapportando le risorse all'indice di vecchiaia della popolazione territoriale.

Ai fini della sua attuazione, pur in assenza di nuove risorse finanziarie specificamente previste dalla riforma, il sistema piemontese del welfare potrà comunque avvalersi delle significative risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA), le quali, tuttavia, risultano ancora insufficienti rispetto alle esigenze dell'insieme delle persone non autosufficienti, destinate a sostenere i programmi delineati dalla riforma e dalla legge 30 dicembre 2021, n. 234, istitutiva dei Livelli essenziali delle prestazioni (LEPS), nonché, in particolare, le future articolazioni del Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA): il Piano Nazionale per le non autosufficienze (PNNA) 2025-2027, dedicato alle persone con disabilità e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027, attualmente in fase di predisposizione a livello nazionale.

14.5 Caregiver e familiari

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 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), ha introdotto alcune agevolazioni lavorative, come permessi retribuiti e il diritto di rifiutare trasferimenti. Tuttavia, essa 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 27 dicembre 2017, n. 205 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020), 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 ha istituito un fondo dedicato. Ciononostante, tale definizione è stata criticata per la sua riduttività, escludendo alcune figure come gli affini oltre il secondo grado o i 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 (cosiddetta "legge delega sulla non autosufficienza") e il suo attuativo decreto legislativo 25 gennaio 2024, n. 29 (Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33), 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 della disciplina rimane, tuttavia, in fase di definizione, anche in ragione dell'attesa delle nuove articolazioni del Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027 e del Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana 2025-2027, con particolare riguardo ai profili relativi alla possibile introduzione di un meccanismo di riconoscimento e rendicontazione di eventuali contributi economici.

La Giunta regionale ha deciso di intraprendere un percorso autonomo volto a tradurre in atti concreti la propria specifica attenzione e il proprio impegno nel superamento dell'impasse normativo e nell'ascolto delle istanze provenienti da un territorio caratterizzato sia dalla presenza di persone con disabilità sia da un progressivo invecchiamento demografico, adottando un approccio proattivo che integri risorse nazionali e regionali al fine di garantire risposte strutturate e uniformi.

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 deliberazione della Giunta Regionale 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 5.000.000,00 di euro aggiuntivi per l'ampliamento degli interventi nazionali.

L'obiettivo principale della Giunta regionale consiste nell'assicurare risposte eque e uniformi sull'intero territorio regionale, contrastando in maniera attiva le discriminazioni territoriali e le disomogeneità dei servizi rilevate, connesse alla limitatezza delle risorse finanziarie disponibili e alla variabilità dei criteri di attribuzione.

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:

a) l'assistenza diretta tramite contributi economici (assegni mensili, da inserire nel PAI);
b) 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**.

14.5.1 Spazio di lavoro e proposte

In collaborazione con gli ATS, gli interventi a sostegno dei caregiver dovranno essere ulteriormente sviluppati e rafforzati, così come dovrà essere approfondita, in modo sistematico, la conoscenza del fenomeno del caregiving in Piemonte.

Occorrerà, inoltre, procedere a un'accurata valutazione degli effetti derivanti dalle recenti riforme dell'area anziani (decreto legislativo 29/2024) e della disabilità (decreto legislativo 62/2024), le quali, mediante l'introduzione dei LEPS, hanno ridefinito in maniera significativa l'assetto dell'intervento pubblico in tale ambito del welfare.

14.6 Lotta alla povertà

SITUAZIONE ATTUALE

Migliaia di persone indigenti si rivolgono ogni anno alle realtà socio-assistenziali per un aiuto alla copertura delle spese sanitarie, richiedendo un supporto principalmente per l'acquisto di 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 nell'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: un milione e seicentomila 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 è aumentata di due punti percentuali in un anno, tanto che 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: 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 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 50.000,00 euro all'anno per sostenere un lavoro costante che nel 2023 ha portato al recupero di decine di migliaia di confezioni e un valore "generato" decisamente maggiore.

Nel 2024 i farmaci donati, e quindi salvati dallo spreco, hanno raggiunto il valore di 3.178.404,09 euro, conteggiando quelli raccolti durante la Giornata regionale del farmaco, le donazioni aziendali e il Recupero di farmaci validi non scaduti (Rfv).

14.6.1 Prospettive e obiettivi

Al fine di contribuire al superamento delle criticità evidenziate con riferimento alla cd. povertà sanitaria, si definiscono le seguenti azioni prioritarie:

a) 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;
b) 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;
c) adeguamento delle competenze del personale sanitario e socio-sanitario nei confronti della popolazione vulnerabile;
d) copertura con risorse del capitolo extra LEA dei costi dei parafarmaci per soggetti fragili con malattie rare;
e) 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);
f) 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.

14.7 Progetto sperimentale per minori affetti da patologie oncologiche

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:

a) 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;
b) disoccupazione o reddito non sufficiente a coprire tutte le spese nel periodo di cura del minore;
c) 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 cosiddetti rientri periodici programmati e gli eventuali passaggi urgenti in ospedale;
d) 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;
e) organizzazione famigliare: 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 o 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.

14.7.1 Prospettive e obiettivi

Con deliberazione della Giunta regionale 4 aprile 2024, n. 2-8383 (LR 1/2004. Approvazione criteri per un progetto sperimentale per gli anni 2024 e 2025 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. Trasferimento all'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino), è stato promosso, sperimentalmente, per l'anno 2024-2025 un finanziamento per complessivi 300.000,00 euro, a favore delle famiglie con un componente minore affetto da patologie onco-ematologiche attraverso il riconoscimento di un sostegno economico per singolo nucleo famigliare, 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 determinazione dirigenziale 27 gennaio 2025 n. 108, 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.

14.8 Invecchiamento attivo

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, con deliberazione del Consiglio regionale 24 gennaio 2023, n. 261-1401, è stato approvato il Piano triennale per l'invecchiamento attivo, in attuazione della legge regionale 9 aprile 2019, n. 17 (Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo), che intende promuovere la partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale delle persone anziane.

In particolare, l'articolo 1, comma 2, lettera e), della citata legge regionale, prevede che la Regione promuova e sostenga politiche e interventi a favore dell'invecchiamento attivo, coordinati e 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 17/2019, 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 e 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:

a) intervenire nell'ambito della formazione permanente agli anziani;
b) 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;
c) promuovere e stimolare la partecipazione, l'impegno civico e un ruolo attivo delle persone anziane;
d) favorire la vita indipendente e la sicurezza attraverso:
    1. un'efficace comunicazione relativa ai servizi di prossimità, sugli interventi e sulle reti sociali presenti sul territorio e la pubblicizzazione di programmi informativi e educativi, in coordinamento con i nuclei specialistici delle forze dell'ordine e delle polizie locali;
    2. interventi di welfare abitativo rivolti alle persone anziane finalizzati a favorire forme di coabitazione e "convivenze solidali";
e) garantire la possibilità di viaggiare in modo autonomo e con servizi accessibili e adeguati;
f) favorire l'accesso e la fruizione culturale;
g) sostenere e promuovere il permanere a domicilio della persona anziana e il lavoro di cura dei familiari.

A partire dal 2022 i comuni, gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, gli enti del terzo settore, le 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 e 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 un milione e 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.

14.8.1 Prospettive e obiettivi

Le proposte di intervento in questo quadro riguardano:

a) la capacità di dare sistematicità e continuità agli interventi diffusi che perseguono gli obiettivi richiamati nel Piano per l'invecchiamento attivo;

b) la necessità di potenziare “interventi – faro” di rilievo regionale, quali il potenziamento delle “palestre di salute” di cui alla legge regionale 22/2022;
c) la costruzione di una “governance” del Piano articolata sui livelli provinciali e di distretto, implementando la rete di stakeholder a livello regionale;
d) l’interrelazione da costruire in concreto con il Piano della Prevenzione.

14.9 Natalità

SITUAZIONE ATTUALE

La situazione demografica di un territorio rappresenta una determinante del **benessere della popolazione**, 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 degl’Innocenti, il dominio relativo all’equilibrio generazionale pone il Piemonte all’undicesima posizione tra le regioni italiane.

Più in generale, si assiste a una crisi demografica strutturale, con anticipato declino rispetto alla popolazione europea e accentuati squilibri interni/natalità al minimo storico: intensità direzione opposta giovani (-) e anziani (+) con saldo di popolazione negativo rilevante. Rispetto al resto d’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 all’abitazione con preoccupante deriva nella condizione di NEET (Not In Education, Employement or Training) 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%.

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, espongono maggiormente a rischio povertà le famiglie con figli, che riducono di conseguenza il numero di figli, rispetto a quelle senza figli che rinviano la scelta procreativa, rispetto a quelle over 65.

La Regione promuove misure volte a conciliare la genitorialità con le prospettive personali e professionali dell’individuo, in continuità con i principi di corresponsabilità tra i generi e tra le generazioni. La Regione si impegna pertanto a predisporre un insieme coordinato di misure volte a rimuovere gli ostacoli, non solo economici, che portano le giovani coppie a scegliere di non avere figli. Tra queste la prosecuzione di misure già adottate quali l’estensione dell’orario dei servizi educativi comunali per la prima infanzia, il sostegno alle imprese che promuovono l’istituzione degli asili-nido aziendali e interaziendali e per i neogenitori che rientrano al lavoro a seguito della nascita o dell’adozione del figlio.

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 con legge regionale 29 aprile 2022, n. 6 (Bilancio di previsione finanziario 2022-2024), il Fondo Vita Nascente 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

500.000,00 euro e di 1.000.000,00 di euro 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 esigenze delle donne, 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 aiuti materiali e fornitura beni di prima necessità (a titolo di esempio non esaustivo, abbigliamento, alimenti, farmaci, pannolini, carrozzine, lettini); 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.

A fianco di questi interventi, vengono garantiti, con risorse regionali, gli interventi di accompagnamento per garantire il diritto alla segretezza del parto a cura degli enti gestori competenti, individuati con deliberazione della Giunta regionale 18 dicembre 2006, n. 22-4914, (Individuazione dei soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali competenti in materia di gestanti ai sensi della L.R. n. 16/2006 e definizione dei criteri, procedure e modalità di esercizio delle funzioni) e, dal 2025, specifici finanziamenti per la promozione e realizzazione di progetti di accompagnamento individualizzati finalizzati alla promozione del valore sociale della maternità e alla tutela della vita nascente da parte degli ambiti territoriali sociali, nell'esercizio delle loro funzioni.

14.9.1 Prospettive e obiettivi

La famiglia è un sistema complesso multilivello e multidimensionale: la **Misura Buono Vesta** (deliberazione della Giunta regionale 22 aprile 2025, n. 22-1028 "PR FSE+ 2021-27 - Priorità III - Inclusione sociale - OS K). Approvazione «Atto di indirizzo relativo al "BUONO VESTA" valido per il rimborso delle spese sostenute per l'accesso ai servizi educativi, socio-educativi e ad altre opportunità da parte di minori di età compresa tra 0 e 6 anni». Dotazione finanziaria pari ad euro 30.000.000,00 sui capitoli 170554, 170556 e 170558 del bilancio 2025-2027") 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 Giunta regionale a utilizzare le risorse necessarie per sostenere concretamente il potere di acquisto delle famiglie e dare vita a un ingente piano di aiuto strutturale per l'accesso a servizi fondamentali che stanno diventando troppo costosi anche per il ceto medio in difficoltà.

Attraverso l'attuazione della **Misura Buono Vesta** si è inteso avviare 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 (ad esempio voucher per il diritto allo studio, voucher di conciliazione) tese a supportare e facilitare la gestione familiare dei bambini nella fascia di età 0-6 anni e anche la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

14.10 Immigrati vulnerabili e salute

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 tre 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.

14.10.1 Prospettive e obiettivi

La definizione di Piani regionali per la salute dei migranti costituisce l'occasione per facilitare 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.

La Regione rafforza altresì il servizio offerto tramite i Centri Informa Salute Immigrati per le persone straniere non inserite in percorsi di accoglienza e non iscritte al SSN e pertanto prive del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, riconoscendone il ruolo fondamentale al fine della garanzia dei diritti alla salute delle persone nonché della salute pubblica.

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 équipe 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.

Si intende altresì creare un Osservatorio regionale sui mediatori culturali per valorizzare e mettere in rete queste figure fondamentali per la salute e l'integrazione dei migranti.

La presa in carico da parte delle équipe avviene in stretta correlazione con gli operatori delle accoglienze, i quali vengono formati, consultati ed eventualmente coinvolti nel trattamento successivo.

Una corretta gestione del percorso di cura prevede:

a) consulenza agli operatori di riferimento;
b) attivazione di un percorso di cura mantenendo la persona presso il centro di accoglienza;
c) eventuale invio al servizio sanitario;
d) accompagnamento della persona e degli operatori al rientro in accoglienza al termine di un periodo di ricovero.

14.11 Persone senza dimora

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 (MMG), 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.

Pertanto, la Regione Piemonte riconosce le persone senza dimora e le persone in condizione di grave marginalità sociale come gruppo a elevato rischio di esclusione sanitaria. La programmazione regionale include un piano specifico per l'accesso alla salute delle persone senza dimora, in coerenza con i LEPS e con i principi di continuità della presa in carico, prevenzione, prossimità e integrazione socio-sanitaria.

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.

Sulla base della sperimentazione già avviata nelle città di Torino e Cuneo, è prevista l'estensione ad altre province di interventi territoriali integrati mediante équipe mobili socio-sanitarie e la figura del tutor socio-sanitario, finalizzati all'intercettazione precoce dei bisogni delle persone senza dimora e delle persone migranti in condizione di particolare vulnerabilità, nonché al raccordo con i servizi territoriali competenti.

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, 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%).

14.11.1 Prospettive e obiettivi

Al fine di contribuire al superamento delle criticità evidenziate con riferimento alle persone senza dimora, si definiscono le seguenti azioni prioritarie:

a) 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;
b) 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;
c) il consolidamento di prassi a livello regionale come protocolli di intervento, cura e assistenza tra servizi territoriali alla grave marginalità e servizi sanitari. La Regione valorizza il Tavolo inclusione sociale che coinvolge servizi sociali pubblici, enti del Terzo Settore, servizi sanitari specialistici (con competenze in salute mentale e dipendenze) per individuare strategie e procedure integrate volte a favorire l'accesso a percorsi continuativi di cura per le persone senza dimora;

d) 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;
e) 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;
f) implementazione di modelli di accoglienza, quali l'housing first, che siano in grado di coniugare un sostegno abitativo diffuso con il sostegno socio-educativo e psicologico, per mezzo del coinvolgimento della società civile e delle reti di cittadinanza sociale.

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 alla Federazione Italiana Organismi per le persone senza dimora (FIO.PSD), che ha avviato il percorso coinvolgendo gli enti pubblici (sociali e sanitari) e del terzo settore direttamente interessati dal fenomeno nei due territori interessati, passando poi alla fase pratica con équipe di strada.

14.12 Servizi sociali per minori

SITUAZIONE ATTUALE

Il Piano nazionale degli Interventi e dei servizi Sociali 2024-2026, adottato con decreto interministeriale del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 2 aprile 2025, introduce la previsione di un obiettivo di servizio individuato nella costituzione di un servizio di affidamento familiare dedicato in ogni ATS (attualmente 40 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), che ha modificato la 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'articolo 1, comma 3, della legge 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 dicembre 2024 indicano 1.390 minori in affido per almeno cinque notti a settimana (esclusi i Minori Stranieri Non Accompagnati) corrispondenti a 2,3 minori ogni 1000 under 18 residenti in

Piemonte nel 2024. Di questi, 822 (il 59,1%) sono in affidamento eterofamiliare a singoli e famiglie e 568 (il 40,9%) in affidamento intrafamiliare a parenti.

Il 78,6% degli affidamenti sono avvenuti per via giudiziale, il 21,4% per via consensuale. Nel caso dei soli affidamenti intrafamiliari la percentuale di affidamenti per via consensuale sale al 26,6%.

14.12.1 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 febbraio 2024 e la legge 19 ottobre 2015, n. 173 (Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare), e regionale, tra queste la 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), si individua quale azione prioritaria la revisione delle disposizioni regionali in materia di accoglienza di bambini e ragazzi in affidamento familiare con la deliberazione di Giunta regionale 17 novembre 2003, n. 79-11035 (Approvazione linee d'indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati di intervento in materia di affidamenti familiari e di adozioni difficili di minori, in attuazione della L.149/2001 "Diritto del minore ad una famiglia" di modifica della legge.184/83, anche con riferimento al nuovo obiettivo di servizio definito nel già richiamato Piano nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026.

14.12.2 Minori stranieri non accompagnati: servizi di tutela e coordinamento interistituzionale

Nell'ambito dei servizi sociali dedicati ai minori, la Regione riconosce la specificità dei percorsi di tutela dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) e la necessità di rafforzare, anche a fronte del numero di persone che risultano fuori da percorsi di accoglienza finanziati dallo Stato, la cooperazione istituzionale tra Regione, enti locali, Prefetture, Autorità giudiziaria, Questure, Asl e terzo settore, al fine di garantire interventi tempestivi, coerenti e adeguati al superiore interesse del minore.

In particolare, la revisione regionale dei servizi per minori prevederà:

a) l'istituzione o il consolidamento di procedure di comunicazione interistituzionale, con modalità standardizzate per lo scambio di informazioni tra servizi sociali, tutori, strutture di accoglienza, uffici giudiziari e autorità competenti;
b) la valorizzazione e il potenziamento del sistema dei tutori volontari per MSNA, quale misura di tutela personale prevista dall'ordinamento italiano e riconosciuta come strumento essenziale di accompagnamento del minore nei percorsi educativi, sanitari, amministrativi e legali;
c) l'implementazione di percorsi di tutoraggio e accompagnamento socio-educativo uniformi sul territorio regionale, finalizzati a sostenere l'ingresso nel sistema scolastico, l'apprendimento linguistico e l'accesso ai servizi di base.

14.13 Revisione dei requisiti delle strutture di accoglienza per minori

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

minorenne 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 184/1983, così come modificata 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 dicembre 2024 indicano in 1.257 i minori posti di strutture residenziali. Di questi, 1.139 (il 90,6%) risiedevano in strutture all'interno del territorio piemontese e 118 erano, invece, accolti da strutture fuori Regione.

Rispetto al totale di cui sopra, i minori accolti nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, al 31 dicembre 2024 risultavano: 61 minori accolti nelle comunità terapeutiche per minori (CTM) del territorio regionale di cui 11 minori provenienti da fuori regione; 127 erano i minori accolti nelle comunità socio-riabilitative per minori (CRP), di cui 25 minori provenienti da fuori Regione.

14.13.1 Prospettive e obiettivi

Con deliberazione della Giunta regionale 18 dicembre 2012, n. 25-5079 (Approvazione della tipologia e dei requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori. Revoca della DGR n. 41-12003 del 15.3.2004), 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 a 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 famigliare.

L'articolo 10, comma 8, della legge regionale 17/2022 prevede l'avvio della revisione dei requisiti strutturali, gestionali e 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 febbraio 2024, sono state approvate le nuove Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minori rispetto alle quali è obiettivo del presente Piano aggiornare la disciplina regionale.

Si intende, altresì, predisporre un Piano regionale per l'infanzia e l'adolescenza, nuove Linee di indirizzo regionali in materia di affidamento familiare ed una campagna informativa in tutto il territorio regionale, coinvolgendo i Centri per le famiglie, per promuovere l'affido familiare e per reclutare nuove famiglie, al fine di sopperire al calo degli ultimi anni.

Si promuoverà un progetto di formazione continua per gli operatori dedicati, con particolare attenzione alle competenze relazionali e alle situazioni di maggiore complessità, e un progetto di supporto tecnico e

psicologico rivolto alle famiglie affidatarie, garantendo continuità e competenze specialistiche lungo tutto il percorso.

Si darà sostegno al progetto “Portami a casa”, rivolto ai bambini che nascono con disabilità gravissima e vengono lasciati in ospedale.

14.14 Promozione della salute nei centri per famiglie

Si tratta interventi di promozione della salute dei centri per le famiglie in favore delle famiglie e i bambini nei primi mille 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 deliberazione della Giunta regionale 4 agosto 2016, n. 89-3827 (Linee guida inerenti finalità e funzioni dei Centri per le Famiglie in Piemonte. Approvazione ai sensi della d.g.r. n. 25-1255 del 30.03.2015), in linea con gli orientamenti della legge regionale 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, declinandone le attività con riferimento ad alcune principali aree di funzioni di seguito descritte, da considerarsi, per le ragioni in precedenza esposte, irrinunciabili:

a) promozione della salute e dello stato di benessere delle famiglie;
b) promozione e prevenzione primaria;
c) 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 "Zero-Sei", 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 e 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.

14.14.1 Prospettive e obiettivi

Con il presente piano si intende proseguire con 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 (ad esempio 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").

14.15 Politiche di welfare abitativo

Le politiche di Welfare abitativo della Regione Piemonte possono ripartirsi in tre grandi linee di intervento.

14.15.1 Investimenti nell'edilizia sociale

Il tema di fondo è quello della mancanza di un flusso di risorse certe e costanti per gli investimenti nel patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica (di seguito ERP) a far data dalla fine del prelievo Gescal nel 1992.

La "sfittanza" del patrimonio dei 48.729 alloggi di ERP gestito dalle tre Agenzie Territoriali per la Casa (ATC) del Piemonte 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:

a) delibera CIPE n. 127/2017: 21 milioni di euro (deliberazione della Giunta regionale 27 settembre 2019, n. 3-301);
b) Fondo Complementare PNRR: 85,4 milioni di euro (deliberazione della Giunta regionale 5 novembre 2021, n. 3-4028);
c) riprogrammazione ex Gescal: 17 milioni di euro (deliberazione della Giunta regionale 5 giugno 2023, n. 6-6980);
d) decreto-legge 28 marzo 2014, n. 47, convertito in legge 25 maggio 2014, n. 80 (Misure urgenti per l'emergenza abitativa, per il mercato delle costruzioni e per Expo 2015), lettera B, a scorrimento graduatorie approvate dal MIT: 13,2 milioni di euro. Questa linea di finanziamento prevede trasferimenti ministeriali fino al 2029 per ulteriori 14 milioni di euro;
e) riprogrammazione economie decreto-legge 47/2014, così come convertito dalla legge 80/2014, "lett. A", e legge regionale 31 maggio 2022, n. 7 (Norme di semplificazione in materia urbanistica ed edilizia): 3,5 milioni di euro.

Sono infine ancora a carico del bilancio regionale 1,3 milioni di euro annui per le cooperative edilizie che hanno ottenuto finanziamenti con la legge regionale 17 maggio 1976, n. 28 (Finanziamenti integrativi a favore delle cooperative a proprietà indivisa), 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.

14.15.2 Interventi a sostegno di famiglie in disagio abitativo

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 di cui all'articolo 20 della legge regionale 17 febbraio 2010, n. 3 (Norme in materia di edilizia sociale).

Il dato più recente, quello dell'esercizio 2023, vede 9.000 nuclei familiari beneficiari, per un importo complessivo di oltre 15 milioni di euro di morosità incolpevole, dei quali almeno 9,3 milioni di euro a carico del bilancio regionale (la quota restante a carico dei comuni).

Sono ripartite annualmente dalla Giunta a cinquanta comuni ad alto disagio abitativo le risorse regionali destinate alle Agenzie Sociali per la Locazione (ASLo) per 2,5 milioni di euro a sostegno della sottoscrizione di contratti di locazione a canone concordato. Le ASLo danno attuazione anche ai criteri della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 37 (Norme per il sostegno dei genitori separati e divorziati in situazione di difficoltà), ampliando la sfera dei beneficiari ai genitori separati o divorziati in difficoltà; alla legge regionale 9 aprile 2019, n. 18 (Disposizioni in materia di sostegno ai mutui destinati alla prima casa).

Non sono stati rifinanziati, a livello statale, dal 2023 il Fondo per il sostegno alla locazione di cui alla legge 9 dicembre 1998, n. 431 (Disciplina delle locazioni e del rilascio degli immobili adibiti ad uso abitativo) e del Fondo per la Morosità Incolpevole (FIMI) istituito con il decreto-legge 31 agosto 2013, n. 102 (Disposizioni urgenti in materia di IMU, di altra fiscalità immobiliare, di sostegno alle politiche abitative e di finanza locale, nonché di cassa integrazione guadagni e di trattamenti pensionistici) dedicati ai conduttori di alloggi privati. Il FIMI ha trovato un parziale rifinanziamento con la Legge di bilancio 2025.

Sono ripartite annualmente ai comuni, sulla base del fabbisogno raccolto, le risorse statali in applicazione della legge 9 gennaio 1989, n. 13 (Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati).

14.15.3 Disciplina dell'edilizia residenziale pubblica e degli enti gestori

La legge regionale 3/2010 e successive modifiche 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, 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 ATC, enti ausiliari della Regione, godono di piena autonomia amministrativa, organizzativa, patrimoniale e contabile (articolo 28 della legge regionale 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).

14.15.4 Fondo straordinario conguagli

Il regolamento regionale 7 maggio 2024, n. 4, 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 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 3/2010.

I soggetti interessati devono essere destinatari di una richiesta di pagamento (bollette) avente a oggetto il costo di utenze e costituenti la differenza tra quanto già conteggiato e quanto effettivamente dovuto ai sensi dei consumi effettuati (cosiddetti conguagli), inerenti all'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.

14.15.5 Autorecupero

La deliberazione di Giunta regionale 18 novembre 2024, n. 18-377 (L.R. n. 3/2010, art. 38, comma 1, e Regolamento n. 5/R/2019, art. 3. Valutazione degli obiettivi attribuiti, con DGR n. 3-5902 del 4 novembre 2022, ai Consigli di amministrazione delle ATC per l'anno 2023 e individuazione degli obiettivi da raggiungere per l'anno 2025), ha introdotto l'autorecupero degli alloggi carenti di manutenzione come obiettivo per le ATC.

L'autorecupero, come specificamente previsto dall'articolo 22 bis della 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.

14.15.6 Prospettive e obiettivi

Sull'edilizia sociale, le leggi di bilancio 2024 (legge 30 dicembre 2023, n. 213, commi 282 e 283) e 2025 (legge 30 dicembre 2024, commi 401, 402 e 403) hanno destinato 660 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, confluiscano risorse non utilizzate di finanziamenti nazionali o europei. Si attendono i decreti attuativi.

Sempre la legge di bilancio 2025 al comma 513 prevede uno strumento finanziario per l'efficientamento energetico dell'ERP destinandovi 1,38 miliardi di euro della Missione 7, Investimento 17 di RePowerEU. Sulla base del decreto attuativo (Decreto del Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze il 9 aprile 2025) sono stati aperti da GSE il 31 luglio 2025 e il 30 settembre 2025 gli sportelli telematici per il recepimento delle proposte progettuali.

La proposta del "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, è stata definita dal Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica nell'agosto 2025 per la trasmissione alla Commissione europea, per consentire l'attivazione delle misure nei tempi utili a garantire la piena operatività dal 2026 al 2032. Il Piano prevede una linea di finanziamento di 3,2 miliardi di euro per la riqualificazione energetica degli edifici di proprietà pubblica (ERP) in classe F e G e di quelli di proprietà delle microimprese vulnerabili.

Negli orientamenti 2024-2029, la Commissione europea ha comunicato la presentazione del primo Piano europeo per gli alloggi a prezzi accessibili (affordable housing) previsto per il primo trimestre del 2026.

Occorre implementare nuovi modelli di abitare per venire incontro al crescente fenomeno della povertà abitativa, sperimentando, in particolare, forme di coabitazione (co–housing), di social senior housing, di ospitalità intergenerazionale tra anziani e giovani studenti universitari; l'assegnazione gratuita ai Comuni degli immobili di enti statali e para statali inutilizzati riconvertendoli a finalità abitative. Inoltre, occorre, altresì, implementare il sostegno alle cooperative a proprietà indivisa, la coprogrammazione e la coprogettazione con gli ETS (Enti del Terzo Settore) per l'utilizzo abitativo di immobili pubblici vuoti, i Fondi di garanzia con impianto mutualistico per i proprietari di case sfitte e l'intermediazione pubblica nella locazione privata, le leve fiscali per incentivare la locazione e il dialogo con le banche per l'utilizzo degli alloggi pignorati.

14.16 Servizio civile

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 Giunta regionale, nel corso del biennio 2023/2024, ha avviato la sperimentazione del servizio civile regionale, dando attuazione alla legge regionale 13 aprile 2015, n. 7 (Norme per la realizzazione del servizio civile nella Regione Piemonte).

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 prosecuzione della misura Servizio Civile Regionale (SCR), per la seconda e terza edizione (anni 2025 e 2026).

Il servizio civile regionale, in quanto esperienza cui partecipano giovani di età compresa tra i 18 e i 28 anni compiuti, si propone quale:

a) soluzione innovativa in grado di valorizzare le capacità personali e lo scambio di esperienze tra pari;
b) esperienza di partecipazione giovanile, essenziale per colmare il divario tra giovani e istituzioni, e utile a raggiungere gran parte degli obiettivi fissati dall'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile;
c) strumento che educa i giovani a 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 otto progetti presentati da sei enti SCU aventi sedi operative sul territorio regionale e l'avvio di cinquantaquattro 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 cinquanta giovani.

Per la seconda edizione del servizio civile regionale, annualità 2024/2025, sono stati avviati quattro progetti per un totale di trentaquattro giovani in servizio, a fronte di 202 domande di partecipazione.

14.16.1 Prospettive e obiettivi

Al fine di promuovere la diffusione e il consolidamento della misura del servizio civile regionale, si definiscono le seguenti azioni prioritarie:

a) implementare l'opportunità per i giovani di svolgere il servizio civile regionale quale opportunità di crescita personale, di cittadinanza attiva e di orientamento al mondo del lavoro;
b) istituire Tavoli di confronto con il mondo della scuola e delle università per la promozione del servizio civile regionale, attraverso spazi strutturati di orientamento;

c) 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;
d) implementare il lavoro sul territorio per promuovere stili di vita sani.

14.17 Area adozioni

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, ha istituito un Servizio regionale pubblico per le adozioni internazionali. Il Servizio regionale per le adozioni internazionali, istituito con legge regionale 16 novembre 2001, n. 30, come ente ausiliario, abrogato dalla lettera b) del comma 10 dell'articolo 12 della legge regionale 29 giugno 2018, n. 7 (Disposizioni urgenti in materia di bilancio di previsione finanziario) e poi trasformato, a far data dal 1° gennaio 2019, in un Servizio all'interno della Direzione regionale Welfare ai sensi dell'articolo 12 della stessa legge regionale 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.

14.17.1 Finalità strategiche

Negli ultimi dieci 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:

a) 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;
b) 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 attraverso l'attivazione e la diffusione omogenea di interventi specifici rispetto ai bisogni sanitari dei minori accolti in adozione;
c) 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.

14.17.2 Il contesto in cifre

I numeri di coppie che richiedono informazioni e partecipano ai corsi pre-adottivi indicano un persistente desiderio di genitorialità che si esprime attraverso l'interesse per i corsi pre-adottivi, 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 di 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.

14.17.3 Prospettive future

a) 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;
b) consolidamento del Servizio Regionale per le Adozioni Internazionali (SRAI) per permettere alle coppie/single di avvalersi di un ente pubblico per le procedure adottive;
c) 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 deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2009, n. 22-12964, conferma dei contributi alle adozioni difficili previsti con deliberazione della Giunta regionale 17 novembre 2003, n. 79-11035, successivamente modificata con deliberazione della Giunta regionale 7 ottobre 2013, n. 10-6456;
d) ricognizione delle buone prassi in atto a livello internazionale, nazionale e regionale e progettazione e rafforzamento degli interventi a supporto delle famiglie adottive che vivono situazioni di crisi adottive (deliberazione della Giunta regionale 29 dicembre 2015, n. 29-2730) e giovani adulti adottivi nel percorso di ricerca delle proprie origini, garantendo un approccio etico, rispettoso e supportivo.

CAPITOLO 15
Stakeholder management

CAPITOLO 15

15. Stakeholder management

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 (OMS) 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, dei pazienti e delle associazioni può avvenire a diversi livelli:

a) la salute dei singoli pazienti e le scelte terapeutiche;
b) la presenza e alla qualità dei servizi sanitari;
c) l'accesso alle strutture ospedaliere e agli ambulatori;
d) il miglioramento dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri;
e) 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 PSSR.

15.1 Modalità di partecipazione per stakeholder civici e sociali

Nell'ambito del PSSR 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.**

15.2 Il ruolo delle associazioni del terzo settore

La Regione Piemonte riconosce negli enti del 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.

15.3 Il diritto alla partecipazione

Gli enti del terzo settore hanno 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 (decreto legislativo 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:

a) modalità di consultazione pubblica dei documenti strategici attraverso strumenti digitali, incontri pubblici e percorsi di ascolto diffuso;
b) valorizzare la co-programmazione e co-progettazione;
c) incentivare forme di rendicontazione partecipata e monitoraggio civico sui servizi sociosanitari erogati.

15.4 Interventi proposti dagli stakeholder

Nel contesto del PSSR, 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 A**ssessorati alla sanità e al welfare hanno incontrato numerose associazioni e ottenuto oltre centosettanta 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.

15.5. 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 NPIA in modo che sia garantita la diffusione capillare sul territorio.

Eventuali richieste di compartecipazione a beneficiari per inserimenti residenziali relativi alla salute mentale saranno trattate in seno alla Conferenza regionale sopra richiamata e regolamentate in analogia a quanto previsto per i ticket sanitari e relative esenzioni, nel rispetto della normativa nazionale.

GOVERNANCE DELLE ASR

a) Migliorare i rapporti tra le ASL e il territorio tramite l'istituzione del Direttore Socio-sanitario in modo da rafforzare i meccanismi di coordinamento e integrazione;
b) Realizzare un riequilibrio dell'assistenza tra ospedale e territorio, in coerenza con gli obiettivi del DM 77/2022 e del PNRR;
c) 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;
d) Ridisegnare la rete ospedaliera e il modello Hub e Spoke superando la centralità dell'ospedale migliorando la fase post dimissione;
e) Includere la Rete delle Malattie Rare nei criteri per il dimensionamento ottimale dei servizi ASL;
f) 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'IA.

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 DELLA COMUNITÀ E OSPEDALI DI COMUNITÀ

a) Potenziare i servizi offerti dalle Case della comunità in modo da ridurre il ricorso al pronto soccorso ed ai reparti ospedalieri;
b) 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 e 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 O COMUNITÀ

Formalizzare il ruolo, rafforzare il reclutamento, inserendo formalmente la figura dell'IFoC 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, mediante 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.

15.6 L’esame della proposta del Piano socio-sanitario regionale da parte del Consiglio regionale

La quarta commissione consiliare, competente nelle materie sanità e assistenza, ha avviato i lavori sul piano socio-sanitario regionale in data 8 settembre 2025, iniziando la discussione sulle modalità organizzative per l’esame del provvedimento e approvando, successivamente, il calendario definitivo delle consultazioni.

Gli incontri si sono svolti sul territorio, con riferimento ai quadranti territoriali, e hanno coinvolto i rappresentanti degli enti locali, gli enti e le associazioni attive nel settore sociale e sanitario.

Per il territorio torinese sono state organizzate cinque giornate di consultazione: la prima giornata è stata dedicata ad associazioni ed enti operanti nell’area metropolitana e nelle sedute successive sono state consultate le associazioni ad articolazione regionale. Sul territorio, una giornata è stata riservata al quadrante di Alessandria-Asti, una al quadrante di Novara, Vercelli, Biella e VCO e infine una giornata si è svolta con riferimento al quadrante del territorio cuneese.

Le consultazioni hanno garantito un’ampia partecipazione e sono stati raccolti contributi significativi da parte dei principali attori del sistema sanitario e sociale piemontese: in totale sono pervenute 95 memorie scritte e raccolti 41contributi orali.

Infine, la Commissione ha acquisito il parere favorevole del Consiglio delle Autonomie locali.

suballegato A1

Finanziato dall'Unione europea
NextGenerationEU



Piano operativo regionale

Investimenti Missione 6 Salute

ALLEGATO AL CIS – REGIONE PIEMONTE

Novembre 2025

Indice

Indice 2
1. Premesse 4
2. Descrizione Piano Operativo e Action Plan 6
3. Linee guida alla compilazione degli Action Plan 9
4. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento 10
4.1. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento lavori 10
4.2. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento grandi apparecchiature 11
4.3. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento digitalizzazione 11
5. Attuazione impegni previsti per la Regione 12
6. Action Plan 13
6.1. Componente 1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona – Action Plan 13
6.2. Componente 1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – Action Plan. 19
6.3. Componente 1 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità) – Action Plan 27
6.4. Componente 2 – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1. (Digitalizzazione DEA I e II livello) – Action Plan 33
6.5. Componente 2 – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie – Action Plan 40
6.6 Componente 2 – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 – Digitalizzazione – Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020) 47
6.7. Componente 2 – Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNRR) – Action Plan 53
6.8. Componente 2 – Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC) – Action Plan 58
6.9. Componente 2 – Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – di cui sub investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni" – Action Plan 62
6.10. Componente 2 – Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – di cui sub investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK…) – Action Plan 68

6.11. Componente 2 – Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (a) borse aggiuntive in formazione di medicina generale - Action Plan 73

6.12. Componente 2 – Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan 79

7. Rispetto principi direttiva in materia Disabilità 85

8. Equità di Accesso 86

9. Rispetto principi in materia di pari opportunità di genere e generazionali 86

10. Modalità di monitoraggio e rendicontazione 88

ALLEGATO 1 - Descrizione PNRR, overview Missione 6 Salute e dettaglio Investimenti

ALLEGATO 2 - Tabelle localizzazioni interventi

ALLEGATO 3 - Tabelle "Non arrecare danno significativo"

ALLEGATO 4 - Tabelle Schede di monitoraggio

ALLEGATO 5 - Action Plan M6C2 2.2 b – Indicazioni nazionali sulla strutturazione del programma del corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero

1. Premesse

La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La *Componente 1* ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La *Componente 2* comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Per una descrizione completa degli investimenti della Missione 6 si rimanda all'Allegato 1 del presente documento.

Per i progetti a regia, per i quali le Regioni e le Provincie Autonome si configurano come soggetti attuatori, è stato ritenuto necessario intraprendere tutte le attività atte a garantire l'operatività programmatica, tenuto conto del quadro normativo di riferimento, attraverso il Decreto di ripartizione programmatica delle risorse firmato dal Ministro della Salute in data 20 gennaio 2022. Il richiamato decreto ha ripartito complessivamente euro 8.042.960.665,58 suddivisi come segue tra i singoli interventi interessati:

- M6C1 1.1 "*Case della Comunità e presa in carico della persona*" per un importo di euro 2.000.000.000;
- M6C1 1.2 *"Casa come primo luogo di cura e Telemedicina"* per un importo complessivo di euro 4.000.000.000 – di cui sub investimento 1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) per un importo di euro 280.000.000 – di cui interventi COT, Interconnessione aziendale, Device per un importo di euro 204.517.588;
- M6C1 1.3 "*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità*" per un importo di euro 1.000.000.000;
- M6C2 1.1 "*Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero*" (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature – nuovi progetti e FSC) per un importo complessivo di euro 2.639.265.000;
- M6C2 1.2 "*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*" per un importo di euro 638.851.083,58;
- M6C2 1.3. *"Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione*" - sub investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK….) per un importo complessivo di euro 292.550.000 – di cui intervento Reingegnerizzazione NSIS a livello

locale (Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali - Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie) per un importo di euro 30.300.000;

- M6C2 2.2 (b) "*Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere*" per un importo di euro 80.026.994;
- PNC – "*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*" dal costo complessivo di euro 1.450.000.000.

Oltre ai suddetti interventi di investimento, per le finalità attuative del PNRR, è stato ritenuto opportuno includere nel Piano operativo anche i seguenti:

- M6C2 1.1 "*Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero*" (Rafforzamento strutturale del SSN) – progetti in essere per un importo complessivo di euro 1.413.145.000;
- M6C2 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione - sub investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) per un importo complessivo di euro 1.379.989.999,93 – di cui intervento "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni" per un importo di euro 610.390.000;
- M6C2 2.2 (a) "*Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - borse aggiuntive in formazione di medicina generale*" per un importo di euro 101.973.006,00.

Il presente Piano Operativo della REGIONE PIEMONTE si inserisce, pertanto, in via generale, nell'ambito del decreto di ripartizione sopra richiamato. Il Piano Operativo, comprensivo dell'Action Plan, uno per ciascun investimento per il quale la Regione si configura come soggetto attuatore, costituisce parte integrante del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS).

2. Descrizione Piano Operativo e Action Plan

Il presente Piano Operativo si compone degli Action Plan redatti dalla REGIONE PIEMONTE per ciascuna Linea di investimento, dettagliati degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR, e per i quali la Regione predispone apposite *"scheda intervento"*, per le quali si rimanda al paragrafo 4.

La tabella che segue illustra per ciascun investimento di cui la Regione si configura quale soggetto attuatore (*articolo 5 del Contratto Istituzionale di Sviluppo*):

- il dettaglio dei macro-target nazionali, che rappresentano l'obiettivo minimo complessivo a livello nazionale dell'investimento, soggetto al monitoraggio da parte dell'Organismo competente nazionale o europeo;
- i termini di esecuzione regionali;
- le risorse economiche assegnate a livello nazionale per ciascun investimento.

Tabella 1 - Dettaglio Target massimo, termine di esecuzione e risorse assegnate per investimento/sub-investimento

Riferimento Missione e Componente	Codifica Decreto MEF_06/08/2021	Riferimenti Investimenti	Macro target nazionale	Termine esecuzione regionale	Totale Risorse [€]
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina					**3.204.517.588**
M6C1	**1.1**	**Case della Comunità e presa in carico della persona**	**1350**	**T1 2026**	**2.000.000.000**
	1.2	**Casa come primo luogo di cura e telemedicina**			**204.517.588**
	1.2.2	Centrali operative territoriali (COT)	600	T1 2024	204.517.588
		di cui COT	*600*	*T1 2024*	*103.845.000*
		di cui: interconnessione aziendale	*N/A*	*T1 2024*	*42.642.875*
		di cui: device	*N/A*	*T1 2024*	*58.029.713*
	1.3	**Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)**	**400**	**T1 2026**	**1.000.000.000**
PNRR - Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria					**5.513.951.084**
M6C2	**1.1**	**Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero**			**4.052.410.000**
	1.1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II)	280	T3 2025	1.450.110.000
		Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Rafforzamento strutturale del SSN) - progetti in essere	N/A	T2 2026	1.413.145.000
	1.1.2	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apprecchiature)	3100	T4 2024	1.189.155.000
	1.2	**Verso un ospedale sicuro e sostenibile**	**109**	**T2 2026**	**638.851.084**
	1.3.1	**Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"**	**N/A**	**T2 2026**	**610.390.000**
	1.3.2	**Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK....)**	**4**	**T1 2025**	**30.300.000**
	2.2	**Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario**			**182.000.000**
	2.2 (a)	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - borse aggiuntive in formazione di medicina generale	2700	T2 2024	101.973.006
	2.2 (b)	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere	293.386	T2 2026	80.026.994
Piano nazionale degli investimenti complementari (PNC)					**1.450.000.000**
	2	**Verso un ospedale sicuro e sostenibile**	**220**	**T2 2026**	**1.450.000.000**
TOTALE					**10.168.468.672**

Il Piano Operativo è articolato in Action Plan per ciascuna delle Linee di Investimento della Missione 6 "Salute" di cui le Regioni/Province Autonome sono soggetti attuatori.

2.1 OBBLIGHI DI COMUNICAZIONE Circolare del 14 ottobre 2021, n. 21 – Istruzioni Tecniche per la selezione dei progetti PNRR - 3.4.1 Obblighi di comunicazione a livello di progetto

Per informare il pubblico sul sostegno ricevuto nell'ambito dell'iniziativa "NextGenerationEU" dell'Unione Europea tutte le azioni di informazione e comunicazione riferite agli interventi finanziati all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza devono ripotare l'emblema istituzionale dell'Unione Europea nonché, ove possibile, il riferimento all'iniziativa NextGenerationEU. Nello specifico i soggetti attuatori dovranno:

- mostrare correttamente e in modo visibile in tutte le attività di comunicazione a livello di progetto l'emblema dell'UE con un'appropriata dichiarazione di finanziamento che reciti "finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU";

- garantire che i destinatari finali del finanziamento dell'Unione nell'ambito del PNRR riconoscano l'origine e assicurino la visibilità del finanziamento dell'Unione (inserimento di specifico riferimento al fatto che l'avviso è finanziato dal PNRR, compreso il riferimento alla Missione Componente ed investimento o subinvestimento);

- quando viene mostrato in associazione con un altro logo, l'emblema dell'Unione europea (cfr. FOCUS) deve essere mostrato almeno con lo stesso risalto e visibilità degli altri loghi. L'emblema deve rimanere distinto e separato e non può essere modificato con l'aggiunta di altri segni visivi, marchi o testi. Oltre all'emblema, nessun'altra identità visiva o logo può essere utilizzata per evidenziare il sostegno dell'UE;

- se del caso, utilizzare per i documenti prodotti il seguente disclaimer: "Finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU. I punti di vista e le opinioni espresse sono tuttavia solo quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione europea o della Commissione europea. Né l'Unione europea né la Commissione europea possono essere ritenute responsabili per essi"

3. Linee guida alla compilazione degli Action Plan

Gli Action Plan relativi a ciascuna linea d'investimento sono redatti dalla REGIONE PIEMONTE tenendo conto delle indicazioni di seguito riportate:

OBIETTIVO PNRR o PNC	Sezione precompilata
INDICATORI COMUNI	Sezione precompilata
INDICAZIONI OPERATIVE	Sezione parzialmente precompilata da integrare indicando: • le eventuali ulteriori azioni che la Regione o PP.AA. intende intraprendere ai fini dell'attuazione dell'investimento; • le specifiche relative alle eventuali procedure aggregate di affidamento di cui la Regione o PP.AA. si serve al fine di rispettare quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del Contratto Istituzionale di Sviluppo.
OBIETTIVI REGIONALI	Sezione parzialmente precompilata da integrare indicando: • Target massimo regionale; • Fabbisogno.
CRONOPROGRAMMA	Sezione precompilata
RIFERIMENTI NORMATIVI	Sezione da compilare indicando i riferimenti normativi relativi all'ambito di investimento.
DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"	Sezione precompilata contenente il Dettaglio dell'eventuale quota assegnata (tag) alla dimensione "green" e "digital" per ciascun investimento, secondo le percentuali stabilite dalle linee guida comunitarie.
DO NO SIGNIFICANT HARM	Sezione precompilata con la valutazione degli investimenti rispetto al principio di "*non arrecare un danno significativo*" all'ambiente.

4. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento

Le Schede Intervento devono essere redatte per ogni singolo intervento dalla REGIONE PIEMONTE utilizzando, a seconda della tipologia di intervento oggetto della scheda (lavori/grandi apparecchiature/digitalizzazione), uno dei tre schemi presenti nel portale messo a disposizione da AGENAS e tenendo conto delle indicazioni di seguito riportate:

4.1. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento lavori

SEZIONE I – IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	La presente sezione deve essere compilata specificando: • la Regione di riferimento e gli elementi identificativi del soggetto richiedente (Ente del SSN); • l'intervento comprensivo di tutti gli elementi identificativi (titolo intervento, CUP/Codice Progetto, Importo complessivo, Investimento PNRR, etc.).
SEZIONE II: DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO	La presente sezione deve essere compilata specificando: • la tipologia di intervento (i dati dimensionali del singolo intervento in termini di superfici lorde); • la dichiarazione di coerenza dell'intervento con gli obiettivi generali del PNRR; • la dichiarazione di coerenza con gli obiettivi specifici della missione dell'intervento; • l'inquadramento programmatico; • gli aspetti giuridico – amministrativi relativi all'appaltabilità dell'intervento; • le procedure in materia ambientale, archeologica, etc.; • gli elementi progettuali e stato di attuazione attuale/previsto; • il cronoprogramma; • il quadro economico dei lavori.
SEZIONE III: DATI ECONOMICI, FINANZIARI	La presente sezione deve essere compilata specificando: • le fonti di finanziamento del progetto; • il cronoprogramma finanziario.
SEZIONE IV: DATI E CARATTERISTICHE DELL'IMMOBILE	La presente sezione deve essere compilata specificando i dati generali e i dati dimensionali/patrimoniali dell'immobile.

4.2. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento grandi apparecchiature

SEZIONE I – IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	La presente sezione deve essere compilata specificando: • la Regione di riferimento e gli elementi identificativi del soggetto richiedente (Ente del SSN); • l'intervento comprensivo di tutti gli elementi identificativi (titolo intervento, CUP/Codice Progetto, Descrizione apparecchiatura, Importo complessivo, etc.).
SEZIONE II: DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO	La presente sezione deve essere compilata specificando: • tipologia di intervento; • la dichiarazione di coerenza dell'intervento con gli obiettivi generali del PNRR; • la dichiarazione di coerenza con gli obiettivi specifici della missione dell'intervento; • l'inquadramento programmatico; • il cronoprogramma; • il quadro del fabbisogno di spesa.
SEZIONE III: DATI ECONOMICI, FINANZIARI	La presente sezione deve essere compilata specificando: • le fonti di finanziamento del progetto; il cronoprogramma finanziario.

4.3. Linee guida alla compilazione delle Schede Intervento digitalizzazione

SEZIONE I – IDENTIFICAZIONE DELL'INTERVENTO	La presente sezione deve essere compilata specificando: • la Regione di riferimento e gli elementi identificativi del soggetto richiedente (Ente del SSN); • l'intervento comprensivo di tutti gli elementi identificativi (titolo intervento, CUP/Codice Progetto, Importo complessivo, etc.).
SEZIONE II: DESCRIZIONE E CARATTERISTICHE DELL'INTERVENTO	La presente sezione deve essere compilata specificando: • la dichiarazione di coerenza dell'intervento con gli obiettivi generali del PNRR; • la dichiarazione di coerenza con gli obiettivi specifici della missione dell'intervento; • l'inquadramento programmatico; • gli aspetti giuridico – amministrativi relativi all'appaltabilità dell'intervento; • il cronoprogramma; • il quadro economico dei lavori.
SEZIONE III: DATI ECONOMICI, FINANZIARI	La presente sezione deve essere compilata specificando: • le fonti di finanziamento del progetto; • il cronoprogramma finanziario.

5. Attuazione impegni previsti per la Regione

La Regione procede a dare attuazione agli impegni previsti per il soggetto attuatore dal Contratto Istituzionale di Sviluppo, in particolare in riferimento a quanto previsto all'articolo 5 dello stesso, secondo quanto riportato nella tabella di seguito:

MODALITÀ DI ATTUAZIONE DEGLI IMPEGNI REGIONALI DI CUI AGLI ARTICOLO. 12 E 5 DEL CIS	
DELEGA DEL RUOLO DI SOGGETTO ATTUATORE AGLI ENTI DEL SSR – SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO (cfr. art. 5 comma 2 CIS)	AZIENDA ZERO ▪ ASL CITTÀ DI TORINO ▪ ASL TO3 ▪ ASL TO4 ▪ ASL TO5 ▪ ASL AT ▪ ASL AL ▪ ASL CN1 ▪ ASL CN2 ▪ ASL VCO ▪ ASL NO ▪ ASL VC ▪ ASL BI ▪ AO SS. ANTONIO E BIAGIO ALESSANDRIA ▪ AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ NOVARA ▪ AOU S. LUIGI ORBASSANO (TO) ▪ AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA TORINO ▪ AO S. CROCE E CARLE CUNEO ▪ AO UMBERTO I MAURIZIANO TORINO
RICORSO A PROCEDURE DI AFFIDAMENTO AGGREGATE (cfr. art. 5 comma 3 CIS)	Saranno individuate le soluzioni tecnico-operative procedurali più efficaci a garantire l'esecuzione degli interventi nei tempi previsti nel rispetto della Normativa e dei vincoli imposti dal PNRR.

6. Action Plan

6.1. Componente 1 - Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona - Action Plan

C1 - 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona

OBIETTIVO PNRR	
TARGET EU	1.350 case della comunità
TARGET MASSIMO	DEFINITO A LIVELLO NAZIONALE
DESCRIZIONE CID	Il progetto di investimento consiste nella creazione e nell'avvio di almeno 1.350 Case della Comunità, attraverso l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza di base e la realizzazione di centri di assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta integrata alle esigenze di assistenza.
REQUISITI CID TARGET M6 C1 3	Almeno 1.350 Case della Comunità devono essere messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche, al fine di garantire parità di accesso, prossimità territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico (malati cronici, persone non autosufficienti che necessitano di assistenza a lungo termine, persone affette da disabilità, disagio mentale, povertà), mediante l'attivazione, lo sviluppo e l'aggregazione di servizi di assistenza primaria, e la realizzazione di centri di erogazione dell'assistenza (efficienti sotto il profilo energetico) per una risposta multiprofessionale. Le nuove costruzioni finanziate dall'RRF devono esser conformi ai pertinenti requisiti di cui all'allegato VI, nota 5, del regolamento (UE) 2021/241.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICATORE COMUNE	Descrizione	Popolamento
12. Capacità delle strutture di assistenza sanitarie nuove o modernizzate	▪ Numero massimo annuo di persone che possono essere servite almeno una volta nell'arco di un anno da una struttura sanitaria o modernizzata grazie al sostegno fornito da misure nell'ambito del dispositivo	▪ Semestrale

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- La Regione ha concluso nel 2021 l'attività di ricognizione delle localizzazioni e dei siti idonei alla realizzazione delle Case della Comunità, come previsto dalle scadenze PNRR, e ha proceduto con l'individuazione dei siti idonei a dicembre 2021.
- La Regione procede ad effettuare una ricognizione degli interventi necessari ai fini dell'indizione delle gare per l'attivazione e avvio delle Case della Comunità.
- La Regione procede a verificare che i singoli enti del Servizio sanitario regionale (SSR) monitorino l'aderenza ai requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali previsti dal modello organizzativo delle Case della Comunità definito dal Ministero della salute di concerto con il Mef.
- La Regione procede ad elaborare le schede intervento, come risultato anche della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno conclusasi a dicembre 2021 con riferimento all'investimento in oggetto. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.).
- Per quanto riguarda il parco tecnologico degli impianti, ovvero tutti gli strumenti, le licenze e le interconnessioni, deve essere data preferenza a modalità di approvvigionamento aggregato.

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

- La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022
- Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo.
- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR alla linea di investimento che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

TARGET MINIMO REGIONALE

82

TARGET MASSIMO REGIONALE

82

FABBISOGNO

Il fabbisogno deve essere dettagliato in termini di numero di Case della Comunità (distinte fra da edificare e da ristrutturare) per Ente di riferimento. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascuna Casa della Comunità è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

Ente del SSR	Numero Case della Comunità da edificare	Numero Case della Comunità da ristrutturare	Totale
ASL CITTÀ' DI TORINO	*1*	*15*	*16*
ASL TO3	*0*	*11*	*11*
ASL TO4	*4*	*6*	*10*
ASL TO5	*4*	*2*	*6*
ASL VC	*0*	*3*	*3*
ASL BI	*0*	*3*	*3*
ASL NO	*1*	*6*	*7*
ASL VCO	*2*	*1*	*3*
ASL AT	*1*	*3*	*4*
ASL AL	*1*	*8*	*9*
ASL CN1	*1*	*8*	*9*
ASL CN2	*1*	*0*	*1*
Totale	*16*	*66*	*82*

IMPORTO ASSEGNATO (Fondi PNRR)

€121.794.657,55

IMPORTO relativo al trasferimento da Comuni alle Aziende Sanitarie Regionali

€ 993.734,62

IMPORTO relativo al finanziamento con ex art. 20 L. 67/1988

€ 1.485.300,00

Nota

Per la realizzazione della Casa della Comunità strada Villar Dora n. 220 Torino è stato avviato un approfondimento per realizzare l'intervento con il supporto di SCR Piemonte S.p.A., attraverso l'utilizzo di risorse ex art. 20. È in corso un'istruttoria per la rimodulazione degli importi.

Nota integrativa relativa all'allegato 2

Nell'allegato 2 la colonna relativa a "utilizzo SI/NO" è stata compilata sulla base del dato presente nelle schede di intervento alla riga "utilizzo immobile".

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP (ossia si è avviata almeno una gara per l'opera ma non necessariamente tutte)	T1 2023	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione della Case di Comunità	T3 2023	
Target	Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *D.C.R. 199-3824 del 22/02/2022 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende sanitarie locali: localizzazioni dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali"*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse del piano.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.1.

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota risorse assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									**Green**	**Digital**
M6C1	**1.1**	**Case della Comunità e presa in carico della persona**	**121.794.657,55**	**25.374.576,76**	025 ter - Costruzione di nuovi edifici efficienti sotto il profilo energetico	40%			**10.149.830,70**	
				96.420.080,79	026 - Rinnovo di infrastrutture pubbliche sul piano dell'efficienza energetica e misure relative all'efficienza energetica per tali infrastrutture, progetti dimostrativi e misure di sostegno	40%			**38.568.032,32**	
			Totale	**100%**						

La Regione si impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare che le risorse siano destinate ad investimenti di cui ai seguenti tag 025 ter e 026 indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Tale Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.1 è riportato nella tabella 5 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano nonché quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 1 "Costruzione di nuovi edifici";
- scheda 2 "Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.2. Componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina Sub investimento 1.2.2 – Implementazione Centrali Operative Territoriali (COT) – Action Plan

C1 – 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina

1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT)

OBIETTIVO PNRR	
TARGET EU	600 COT
TARGET MASSIMO	DEFINITO A LIVELLO NAZIONALE
DESCRIZIONE CID	L'investimento previsto riguarda l'attivazione di 602 Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.
REQUISITI CID TARGET M6 C1 7	Il punto cruciale di questo intervento è l'entrata in funzione di almeno 600 Centrali operative territoriali (una ogni 100 000 abitanti) con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICAZIONI OPERATIVE	
MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO	▪La Regione ha concluso nel 2021 l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione delle COT, e ha proceduto con l'individuazione dei siti idonei a dicembre 2021. ▪La Regione procede ad effettuare una ricognizione degli interventi necessari ai fini dell'indizione delle gare per la realizzazione delle COT. ▪La Regione procede a verificare che i singoli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR) monitorino l'aderenza ai requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali previsti dal modello organizzativo delle COT definito dal Ministero della salute di concerto con il Mef. ▪La Regione procede ad elaborare le schede intervento come risultato anche della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno conclusasi a dicembre 2021 con riferimento all'investimento in oggetto. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.). ▪Per quanto riguarda il parco tecnologico degli impianti, ovvero tutti gli strumenti, le licenze e le interconnessioni, deve essere data preferenza a modalità di approvvigionamento aggregato.
RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE	▪ La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022.

- Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo.
- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR alla linea di investimento che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

TARGET MINIMO REGIONALE

43

TARGET MASSIMO REGIONALE

43

FABBISOGNO

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione in termini di numero di COT, dettagliato per Ente del SSR e sede/localizzazione COT. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascuna COT è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

AZIENDA	Sede COT
ASL CITTÀ DI TORINO	Via Pacchiotti 4
ASL CITTÀ DI TORINO	Via Farinelli 25
ASL CITTÀ DI TORINO	Via Legnano 5
ASL CITTÀ DI TORINO	Via Cigna 74
ASL CITTÀ DI TORINO	Via Cigna 74
ASL CITTÀ DI TORINO	Via Cigna 74
ASL CITTÀ DI TORINO	Via degli Abeti 16
ASL CITTÀ DI TORINO	Via Botticelli 130
ASL CITTÀ DI TORINO	Via Pellico 19
ASL TO3	Collegno via Torino 1
ASL TO3	Venaria via Don Sapino 152
ASL TO3	Orbassano strada Rivalta 50

AZIENDA	Sede COT
ASL TO3	Avigliana via Sant'Agostino 5
ASL TO3	Susa corso Inghilterra 66
ASL TO3	Pinerolo strada Fenestrelle 72
ASL TO4	Cirié via Alberetto 10
ASL TO4	Chivasso via Marconi 11
ASL TO4	Castellamonte piazza Nenni 1
ASL TO4	Ivrea via Ginzburg 7
ASL TO4	Settimo via Leinì 70
ASL TO5	Chieri piazza Pellico 1
ASL TO5	Moncalieri strada Vignotto 23
ASL TO5	Nichelino via Debuchè snc
ASL VC	Vercelli via Crosa 4
ASL VC	Serravalle Sesia via Roma 17
ASL BI	Cossato via Maffei 59
ASL BI	Biella via Fecia di Cossato 10
ASL NO	Borgomanero via Gozzano 5
ASL NO	Novara viale Roma 7
ASL NO	Galliate via Cottolengo 2
ASL VCO	Omegna via Mazzini 117
ASL AT	Asti via Duca d'Aosta 15
ASL AT	Canelli via Solferino 124
ASL AL	Alessandria via Pacinotti 38
ASL AL	Casale Monferrato via Cavour 62/A
ASL AL	Tortona via Milazzo 1

AZIENDA	Sede COT
ASL AL	Acqui Terme strada Alessandria 1
ASL CN1	Savigliano via Torino 143
ASL CN1	Saluzzo via Spielberg 58
ASL CN1	Mondovì via San Rocchetto 99
ASL CN1	Cuneo corso Francia 10
ASL CN2	Alba via Belli 26
ASL CN2	Bra via Vittorio Emanuele 3
Totale	***43***

IMPORTO ASSEGNATO (Fondi PNRR)

14.657.093,81 € suddivisi tra:

- 7.442.225,00 € risorse COT;
- 3.056.072,71 € risorse interconnessione aziendale;
- 4.158.796,10 € risorse device;

IMPORTO relativo a fondi propri delle Aziende Sanitarie Regionali per la realizzazione di COT transitorie

23.270,00 €

Nota integrativa relativa all'allegato 2

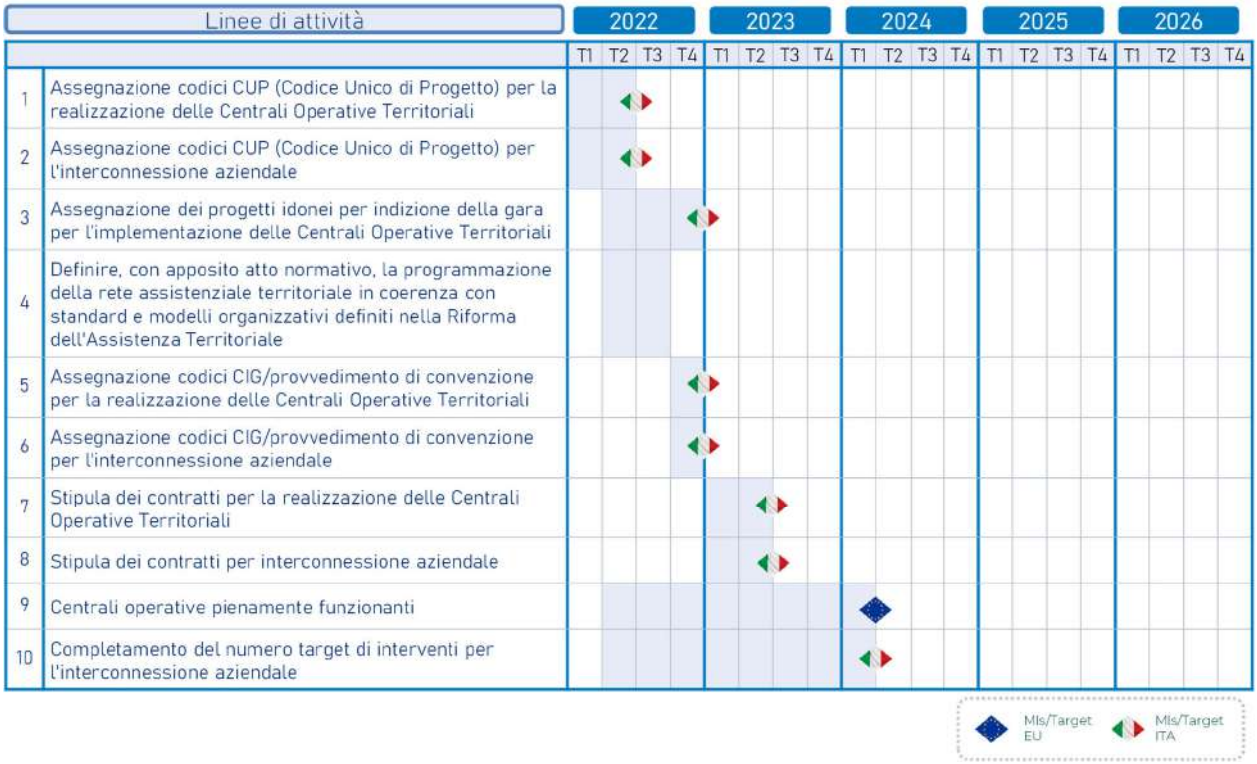
Nell'allegato 2 la colonna relativa a "utilizzo SI/NO" è stata compilata sulla base del dato presente nelle schede di intervento alla riga "utilizzo immobile".

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2022	
Target	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale	T2 2022	
Target	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T4 2022	
Target	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale	T4 2022	
Target	Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali	T2 2023	
Target	Stipula dei contratti per l'interconnessione aziendale	T2 2023	
Target	Centrali operative pienamente funzionanti	T1 2024	
Target	Completamento interventi per interconnessione aziendale	T1 2024	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *D.C.R. 199-3824 del 22/02/2022 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende sanitarie locali: localizzazioni dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali"*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.2.

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									**Green**	**Digital**
M6C1	**1.2**	**Casa come primo luogo di cura e telemedicina**			013 - Applicazioni e servizi e informatici di assistenza sanitaria online (compresi l'e-Care, l'Internet delle cose per l'attività fisica e la domotica per categorie deboli)	0%	013 - Applicazioni e servizi e informatici di assistenza sanitaria online (compresi l'e-Care, l'Internet delle cose per l'attività fisica e la domotica per categorie deboli)	100%		**14.657.093,81**
	1.2.2	**Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)**	**14.657.093,81**	**14.657.093,81**						
		di cui: COT	**7.442.225,00**	**7.442.225,00**						
		di cui: interconnessione aziendale	**3.056.072,71**	**3.056.072,71**						
		di cui: device	**4.158.796,10**	**4.158.796,10**						

La Regione s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte dell'Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR del Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Tale Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.2 è riportato nella tabella 6 dell'Allegato 3 di cui al presente Piano.

La Regione, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 2 "Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud";
- scheda 9 "Acquisto di veicoli".

6.3. Componente 1 - Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità) – Action Plan

C1 – 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

OBIETTIVO PNRR	
TARGET EU	400 Ospedali di Comunità
TARGET MASSIMO	DEFINITO A LIVELLO NAZIONALE
DESCRIZIONE CID	L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di almeno 400 Ospedali di Comunità,
REQUISITI CID TARGET M6 C1 11	Almeno 400 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche. Gli ospedali comunitari sono strutture sanitarie destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICATORE COMUNE	Descrizione	Popolamento
12. Capacità delle strutture di assistenza sanitarie nuove o modernizzate	▪ Numero massimo annuo di persone che possono essere servite almeno una volta nell'arco di un anno da una struttura sanitaria o modernizzata grazie al sostegno fornito da misure nell'ambito del dispositivo	▪ Semestrale

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO	▪La Regione ha concluso nel 2021 l'attività di ricognizione delle localizzazioni e siti idonei alla realizzazione degli Ospedali di Comunità, come previsto dalle scadenze PNRR, e ha proceduto con l'individuazione dei siti idonei a dicembre 2021. ▪La Regione procede ad effettuare una ricognizione degli interventi necessari ai fini dell'indizione delle gare per l'attivazione e avvio degli Ospedali di Comunità. ▪La Regione procede a verificare che i singoli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR) monitorino l'aderenza ai requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali previsti dal modello organizzativo degli Ospedali di Comunità definito dal Ministero della salute di concerto con il Mef. ▪La Regione procede ad elaborare le schede intervento come risultato anche della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno conclusasi a dicembre 2021 con riferimento all'ambito di investimento. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.). ▪Per quanto riguarda il parco tecnologico degli impianti, ovvero tutti gli strumenti, le licenze e le interconnessioni, deve essere data preferenza a modalità di approvvigionamento aggregato.
RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE	▪ La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti ▪ Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo. ▪Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR alla linea di investimento che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

TARGET MINIMO REGIONALE

27

TARGET MASSIMO REGIONALE

27

FABBISOGNO

Il fabbisogno deve essere dettagliato in termini di numero di Ospedali di Comunità (distinti fra da edificare e da riconvertire) per Ente di riferimento. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun Ospedale di Comunità è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

Ente del SSR	Numero Ospedali di Comunità da edificare	Numero Ospedali di Comunità da riconvertire	Totale
ASL CITTÀ DI TORINO	*0*	*6*	*6*
ASL TO3	*0*	*4*	*4*
ASL TO4	*0*	*3*	*3*
ASL TO5	*1*	*1*	*2*
ASL VC	*0*	*1*	*1*
ASL BI	*0*	*1*	*1*
ASL NO	*0*	*2*	*2*
ASL VCO	*1*	*0*	*1*
ASL AT	*0*	*1*	*1*
ASL AL	*1*	*2*	*3*
ASL CN1	*0*	*3*	*3*
ASL CN2	*0*	*0*	*0*
Totale	*3*	*24*	*27*

IMPORTO ASSEGNATO (Fondi PNRR)

€ 66.433.449,57

Nota integrativa relativa all'allegato 2

Nell'allegato 2 la colonna relativa a "utilizzo SI/NO" è stata compilata sulla base del dato presente nelle schede di intervento alla riga "utilizzo immobile".

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T2 2022	
Target	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Assegnazione dei codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T1 2023	
Target	Stipula delle obbligazioni giuridicamente vincolanti per la realizzazione degli Ospedali di Comunità	T3 2023	
Target	Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	T1 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *D.C.R. 199-3824 del 22/02/2022 "Approvazione della programmazione relativa alle strutture di prossimità ed intermedie nelle Aziende sanitarie locali: localizzazioni dei siti delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali"*

DIMENSIONE “GREEN” E DIMENSIONE “DIGITAL”

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi “green” e “digital” sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione “green” e quella “digital” all'investimento 1.3.

(tabella non modificabile da regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									**Green**	**Digital**
M6C1	**1.3**	**Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)**	**66.433.449,57**	**66.433.449,57**	092 - Infrastrutture per la sanità	0%				

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il citato Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.3 è riportato nella tabella 7 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 1 "Costruzione di nuovi edifici";
- scheda 2 "Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici".

6.4. Componente 2 – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1. (Digitalizzazione DEA I e II livello) – Action Plan

C2 – 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Investimento 1.11 – Digitalizzazione DEA I e II livello

OBIETTIVO PNRR

TARGET EU	280 Ospedali sede di DEA I e II Livello digitalizzati
DESCRIZIONE CID	Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sede di DEA (Dipartimenti di emergenza e accettazione) di I livello e di II livello.
REQUISITI CID TARGET M6 C2 8	Ogni struttura ospedaliera informatizzata deve disporre di un centro di elaborazione di dati (CED) necessario per realizzare l'informatizzazione dell'intera struttura ospedaliera e sufficienti tecnologie informatiche hardware e/o software, tecnologie elettromedicali, tecnologie supplementari e lavori ausiliari, necessari per realizzare l'informatizzazione di ciascun reparto ospedaliero.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO	▪ La Regione ha individuato il numero di interventi di digitalizzazione di strutture sanitarie sede di DEA I e II livello per ciascun Ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e le modalità di approvvigionamento (gare Consip/regionali/aziendali), al fine di raggiungere il numero target complessivo. ▪ La Regione procede ad elaborare le schede intervento, come risultato della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno conclusasi a dicembre 2021 con riferimento al presente investimento. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.). ▪ La Regione e gli Enti del SSR ricorrono ad accordi quadro (ivi incluso le convenzioni ai sensi dell'art. 26 della Legge 488 del 1999, Finanziaria 2000, e dell'art. 33 comma 3 della Direttiva2014/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 febbraio 2014 sugli appalti pubblici recepita dall'art. 54 del DLGS 50/2016 - Codice dei contratti pubblici) conclusi con Consip.
RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE	▪ La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022. ▪ Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle

Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo.

- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

TARGET REGIONALE

24 Progetti di informatizzazione

FABBISOGNO

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione per Ente del SSR, per tipologia di struttura (DEA I o II livello) e intervento di digitalizzazione. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun intervento è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA I o II Livello	Comune
ASL 301 - Città di Torino	Piattaforma Integrata Per La Digitalizzazione Dei Processi Sanitari Ospedalieri	010003 - OSPEDALE MARIA VITTORIA	DEA I	TORINO
ASL 301 - Città di Torino	Piattaforma Integrata Per La Digitalizzazione Dei Processi Sanitari Ospedalieri	010007 - OSPEDALE MARTINI	DEA I	TORINO
ASL 301 - Città di Torino	Piattaforma Integrata Per La Digitalizzazione Dei Processi Sanitari Ospedalieri	010011 - TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	DEA II	TORINO
ASL 203 - TO3	Riqualificazione Tecnologica Dell'Ospedale E. Agnelli Di Pinerolo	010030 - ORP-OSPEDALE CIVILE "E. AGNELLI"	DEA I	PINEROLO
ASL 203 - TO3	Riqualificazione Tecnologica Dell'Ospedale Degli Infermi Di Rivoli	010032 - OSPEDALE DEGLI INFERMI	DEA I	COSSATO
ASL 204 - TO4	Aggiornamento Piattaforma ERP Completa Di Tutte Le Interfacce e Approvvigionamento Per Livello 4 Di Informatizzazione	010017 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	DEA I	CHIVASSO
ASL 204 - TO4	Aggiornamento Piattaforma ERP Completa Di Tutte Le Interfacce e Approvvigionamento	010019 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	DEA I	CIRIE'

ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA I o II Livello	Comune
	Per Livello 4 Di Informatizzazione			
ASL 204 - TO4	Aggiornamento Piattaforma ERP Completa Di Tutte Le Interfacce e Approvvigionamento Per Livello 4 Di Informatizzazione	010023 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	DEA I	CASTELLAMONTE
ASL 205 - TO5	Interventi Vari Di Transizione Digitale (ai sensi del CAD)	010004 - OSPEDALE MAGGIORE DI CHIERI E SANTA CROCE	DEA I	CHIERI
Aso 904 - S.Luigi	Digitalizzazione Dei Processi Clinico Assistenziali Per Assicurare Un Livello 4 Di Informatizzazione	010904 - AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	DEA I	ORBASSANO
Aso 908 Mauriziano	Cartella Clinica elettronica Ospedaliera	010908 - OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	DEA II	TORINO
ASO 909 Città della Salute	Digitalizzazione Dei Processi Clinico Assistenziali Per Assicurare Un Livello 4 Di Informatizzazione	010909 - OSPEDALE CDSS	DEA II	TORINO
ASL 206 - VC	Asl Vercelli: Adeguamento Tecnologico Ed Informatizzazione del DEA	010009 - OSPEDALE SANT'ANDREA	DEA I	VERCELLI
ASL 207 - BI	Digitalizzazione DEA I Con I Finanziamenti Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza (PNRR)	010079 - OSPEDALE DEGLI INFERMI	DEA I	SUSA
ASL 208 - NO	Ammodernamento Del Parco Tecnologico E Digitale P.O. Borgomanero	010006 - ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO	DEA I	BORGOMANERO
Aso 905 - NO	Realizzazione Del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)	010905 - OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'	DEA II	NOVARA
ASL 209 - VCO	Ammodernamento Del Parco Tecnologico E Digitale Asl Vco - Ospedale Unico Plurisede	010005 - OSPEDALE UNICO PLURISEDE	DEA I	VERBANIA
ASL 210 - CN1	Ammodernamento Del Parco Tecnologico E Digitale Ospedaliero	010124 - OSPEDALE DI MONDOVI' CN1	DEA I	MONDOVI'
ASL 210 - CN1	Ammodernamento Del Parco Tecnologico E Digitale Ospedaliero	010126 - OSP. MAGGIORE SS. ANNUNZIATA SAVIGLIANO CN1	DEA I	SALUZZO

ENTE del SSR	Titolo Progetto	Presidio ospedaliero	DEA I o II Livello	Comune
ASL 211 - CN2	Ammodernamento Del Parco Tecnologico E Digitale Ospedaliero	010038 - OSPEDALE MICHELE E PIETRO FERRERO	DEA I	VERDUNO
Aso 906 - CN	Ammodernamento Del Parco Tecnologico E Digitale Ospedaliero	010906 - AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE	DEA II	CUNEO
ASL 212 - AT	Ammodernamento Delle Tecnologie Per La Digitalizzazione Dei Processi Clinici Ospedalieri	010008 - PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	DEA I	ASTI
ASL 213 - AL	Ammodernamento Del Parco Tecnologico E Digitale Ospedaliero	010026 - OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE E SAN GIACOMO	DEA I	ACQUI TERME
Aso 907 - AL	Rinnovamento Delle Tecnologie ICT Del Presidio Ospedaliero Civile e infantile Dell'Azienda Ospedaliera Di Alessandria	010907 - OSP.CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO E INFANTILE	DEA II	ALESSANDRIA
Totale (n. progetti)	*24*			

DEA: Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

IMPORTO ASSEGNATO (Fondi PNRR)

96.335.809,56 €

2.193.958 ,00 € Finanziamento integrativo per Ospedale "010009 - OSPEDALE SANT'ANDREA" di Vercelli assicurato dall'ASL, ai sensi del D.Lgs 118/2011 e smi, con le quote di risorse che sono assegnate con provvedimento di giunta regionale a valere sulle disponibilità del capitolo 157318/2023 stanziate nella Missione 13, Programma 1 della Direzione sanità e welfare.

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Pubblicazione delle procedure di gara nell'ambito degli accordi quadro Consip e conclusione di contratti per la fornitura di servizi per la digitalizzazione degli ospedali (sede di DEA di I e II livello) (*).	T4 2022	
Target	Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione -Livello I e II)	T3 2025	

(*) La milestone è relativa alle gare Consip

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *D.G.R n. 27-6517 del febbraio 2018*
- *D.G.R. n.58-4509 del 29 dicembre 2021*
- *Circolare regionale prot. 7578/2022 e prot. 8713/2022*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.1.1.

(tabella non modificabile da regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Innovazione, ricerca digitalizzazione dell'assistenza sanitaria									**Green**	**Digital**
M6C2	**1.1**	**Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero**								
	1.1.1	**Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II)**	**98.529.767,56 €**	**96.335.809,56 €**	093 - Attrezzature sanitarie	0%	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	100%	-	**96.335.809,56 €**

La Regione s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte dell'Unità di missione per l'attuazione del PNRR del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.1.1 è riportato nella Tabella 8 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche"
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.5. Componente 2 – Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero - Sub investimento 1.1.2 Grandi Apparecchiature Sanitarie – Action Plan

C2 – 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Investimento 1.1.2 – Grandi Apparecchiature Sanitarie

OBIETTIVO PNRR

TARGET EU	3.100 grandi apparecchiature sanitarie
TARGET MASSIMO	DEFINITO A LIVELLO NAZIONALE
DESCRIZIONE CID	Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce all'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero tramite la sostituzione di modelli obsoleti con modelli tecnologicamente avanzati.
REQUISITI CID TARGET M6 C2 6	In base a una ricognizione condotta dal Ministero della Salute, il fabbisogno complessivo di nuove grandi apparecchiature sanitarie è stato individuato in 3 133 unità da acquistare in sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (vetustà maggiore di 5 anni). Il numero e le tipologie delle apparecchiature che devono essere sostituite sono: 340 TAC a 128 strati, 190 risonanze magnetiche 1,5 T, 81 acceleratori lineari, 937 sistemi radiologici fissi, 193 angiografi, 82 gamma camere, 53 gamma camere/TAC, 34 PET TAC, 295 mammografi, 928 ecotomografi.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ APPROVVIGIONAMENTO	▪ La Regione ha individuato il numero di grandi apparecchiature sanitarie da sostituire per ciascun Ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e le modalità di approvvigionamento (gare Consip/regionali/aziendali) entro Gennaio 2022, al fine di raggiungere il numero target complessivo. ▪ Sono ammissibili a finanziamento PNRR tutte le apparecchiature, previste dal PNRR, le cui procedure di gara sono iniziate dopo il 1° febbraio 2020. Si precisa che, come previsto dall'art. 17 del Regolamento UE 2021/241 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza, "sono ammissibili le misure avviate a decorrere dal 1° febbraio 2020 a condizione che soddisfino i requisiti previsti dal suddetto Regolamento", purché la natura della spesa e le modalità di acquisizione siano coerenti con quanto previsto nell'ambito del PNRR e dei singoli investimenti presentati all'interno del Piano. ▪ La Regione procede ad elaborare le schede intervento come risultato anche della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno con riferimento al presente investimento. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.). ▪ La Regione e gli Enti del SSR hanno stabilito per l'investimento in oggetto di ricorrere a procedure aggregate di affidamento concluse da Consip SPA.

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

- La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti n coerenza con la circolare 4 del 18 gennaio del MEF.
- Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo.
- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR alla linea di investimento che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

TARGET MINIMO REGIONALE

181

TARGET MASSIMO REGIONALE

181

FABBISOGNO

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione in termini di numerosità di apparecchiature, dettagliato per tipologia e per Ente del SSR. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun intervento è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

ENTE del SSR	TAC	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAMM.	G.C./TAC	PET/TAC	ECOT.	Totale
ASL CITTÀ DI TORINO	2	0	0	3	2	0	1	0	0	0	7
ASL TO3	2	0	0	3	0	0	2	0	0	6	13
ASL TO4	1	0	1	6	2	2	3	0	0	4	18
ASL TO5	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5
ASL VC	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	3
ASL BI	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
ASL NO	0	0	0	7	1	0	0	0	0	7	15
ASL VCO	1	0	2	4	0	0	1	0	0	4	12
ASL AT	1	2	1	5	1	0	1	0	0	2	13
ASL AL	0	0	0	8	1	0	2	0	0	7	17
ASL CN1	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4
ASL CN2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
AO MAURIZIANO	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	5

ENTE del SSR	TAC	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAMM.	G.C./TAC	PET/TAC	ECOT.	Totale
UMBERTO I TORINO											
AOU S. LUIGI ORBASSANO	*0*	*0*	*1*	*3*	*1*	*0*	0	*1*	*0*	*1*	*7*
AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	*1*	*0*	*3*	2	*2*	0	3	*0*	*0*	*5*	*19*
AO S. CROCE E CARLE CUNEO	*2*	*1*	*1*	4	0	*1*	0	*2*	*0*	*15*	*26*
AO SS. ANTONIO E BIAGIO ALESSANDRIA	*1*	*2*	*1*	*2*	*0*	*1*	0	*0*	*1*	*3*	*11*
AOU MAGGIORE DELLA CARITÀ NOVARA	*0*	*0*	*1*	*0*	*0*	*0*	1	*0*	*0*	*0*	*2*
Totale	*14*	*6*	*13*	*55*	*12*	*5*	17	*3*	*2*	*54*	*181*

TAC: Tomografia Assiale Computerizzata a 128 strati; RMN: Risonanza Magnetica Nucleare 1,5 T; Acc. Lin: Acceleratori Lineari; Sis. Rad.: Sistema Radiologico Fisso; ANG.: Angiografi; G.C.: Gamma Camera; Mamm.: Mammografi; PET: Tomografia a emissione di positroni; Ecot.: Ecotomografi.

IMPORTO ASSEGNATO (Fondi PNRR)

78.999.668,72 €

IMPORTO relativo al Fondo Sanitario Regionale

3.479.622,64€

MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO PER TIPOLOGIA

Regione	TAC	RMN	ACC. LIN.	SIST. RAD.	ANG.	G.C.	MAMM.	G.C./TAC	PET/TAC	ECOT.
Numero Apparecchiature	*14*	*6*	*13*	*55*	*12*	*5*	17	*3*	*2*	*54*
Acquisizione tramite procedura centralizzata Consip	12	3	*13*	52	4	*5*	11	*3*	*1*	54
Acquisizione tramite iniziativa centralizzata Consip già attiva	2	3	*0*	*1*	8	*0*	6	*0*	*0*	*0*
Procedura di gara autonoma per l'affidamento della fornitura già espletata	*0*	*0*	*0*	0	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	0
Procedura di gara autonoma per l'affidamento della fornitura da espletare	*0*	*0*	*0*	*2*	*0*	*0*	*0*	*0*	*1*	*0*

TAC: Tomografia Assiale Computerizzata a 128 strati; RMN: Risonanza Magnetica Nucleare 1,5 T; Acc. Lin: Acceleratori Lineari; Sis. Rad.: Sistema Radiologico Fisso; ANG.: Angiografi; G.C.: Gamma Camera; Mamm.: Mammografi; PET: Tomografia a emissione di positroni; Ecot.: Ecotomografi.

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Pubblicazione delle gare d'appalto per il rinnovo delle grandi attrezzature	T4 2022	
Target	Operatività delle grandi apparecchiature sanitarie	T4 2024	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.G.R. 6-4630 del 11/02/2022 "Approvazione Programma di investimenti finanziato con il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) finalizzato all'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie: M6, C.2, 1.1.2." che sarà opportunamente aggiornata.

DIMENSIONE “GREEN” E DIMENSIONE “DIGITAL”

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi “green” e “digital” sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione “green” e quella “digital” all'investimento 1.1.2.

(tabella non modificabile da regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR -Innovazione, ricerca digitalizzazione dell'assistenza sanitaria									**Green**	**Digital**
M6C2	**1.1**	**Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero**								
	1.1.2	**Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)**	**78.999.668,72**	**78.999.668,72**	093 - Attrezzature sanitarie	0%			-	-

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il citato Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.1.2 è riportato è riportato nella tabella 8 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.6 Componente 2 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – Sub investimento 1.1.1 - Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN (“progetti in essere” ex art. 2, DL 34/2020)

C2 – 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Investimento 1.1.1 – Digitalizzazione - Rafforzamento strutturale SSN (“progetti in essere” ex art. 2, DL 34/2020)

OBIETTIVO PNRR	
TARGET EU	7.700 Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva (3.500 posti letto di terapia intensiva e 4.200 posti letto di terapia semi-intensiva)
DESCRIZIONE CID	Questo investimento consiste nel migliorare la digitalizzazione dell'assistenza e migliorare la qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. L'investimento si riferisce al potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva.
REQUISITI CID TARGET M6 C2 9	La dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva e 4.200 posti letto di terapia semi-intensiva con la relativa apparecchiatura di ausilio alla ventilazione deve essere resa strutturale (pari a un aumento di circa il 70 % del numero di posti letto preesistenti alla pandemia).

Ciascuna regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

DISTRIBUZIONE REGIONALE POSTI LETTO

Regione	Totale risorse assegnate	P.L. Terapia Intensiva autorizzati da MdS	P.L. Terapia Semi - Intensiva autorizzati da MdS
Piemonte	111.222.717 €	299	305
Valle d'Aosta	3.038.688 €	10	9
Lombardia	225.345.817 €	585	704
PA di Bolzano	14.344.710 €	40	37
PA di Trento	16.269.428 €	46	38
Veneto	101.544.271 €	211	343
Friuli Venezia Giulia	25.703.911 €	55	85
Liguria	28.893.350 €	87	118
Emilia Romagna	95.040.697 €	197	312
Toscana	79.367.367 €	193	261
Umbria	24.180.508 €	58	62
Marche	39.790.608 €	105	107
Lazio	118.561.444 €	282	412
Abruzzo	29.047.242 €	66	92
Molise	6.970.569 €	14	21
Campania	163.813.544 €	499	406
Puglia	99.866.963 €	276	285
Basilicata	13.545.322 €	32	40
Calabria	51.171.973 €	134	136
Sicilia	123.309.660 €	301	350
Sardegna	42.116.211 €	101	115
Totale	**1.413.145.000 €**	**3.591**	**4.238**

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO	▪Il Ministero della Salute ha adottato con Decreto Direttoriale n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021 il "Piano di riorganizzazione approvato dal Ministero della Salute/Regioni italiane", relativo ai piani di riorganizzazione presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome in attuazione all'art. 2 del DL 34/2020, volti a rafforzare la capacità delle strutture ospedaliere del SSN ad affrontare le emergenze pandemiche attraverso l'incremento del numero di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, in attuazione a quanto disposto dalla Decisione di Esecuzione del Consiglio dell'Unione Europea relativa all'approvazione della valutazione del Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR) dell'Italia per la Linea di Intervento 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero", inserita nella MISSIONE 6 COMPONENTE 2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale. ▪Le risorse sono altresì finalizzate al rafforzamento strutturale degli ospedali SSN, attraverso un piano di riorganizzazione al fine di affrontare adeguatamente le emergenze pandemiche (rinnovare e ristrutturare 651 strutture tra PS, DEA, strutture di supporto ospedaliero e territoriale). ▪ La Regione ha approvato il Piano di riorganizzazione delle terapie intensive e semintensive con specifico atto D.G.R. n. 7-1492 del 12 giugno 2020. Il Piano di riorganizzazione è volto a garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure in coerenza con quanto previsto dall'art. 2 del DL 34/2020. ▪ La Regione Autonoma procede ad aggiornare tempestivamente il Piano di riorganizzazione già approvato, in funzione di eventuali sopraggiunte rimodulazioni.
RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE	▪ La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento. ▪ Nel caso in cui si evidenziasse un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo. ▪ Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

OBIETTIVI REGIONALI

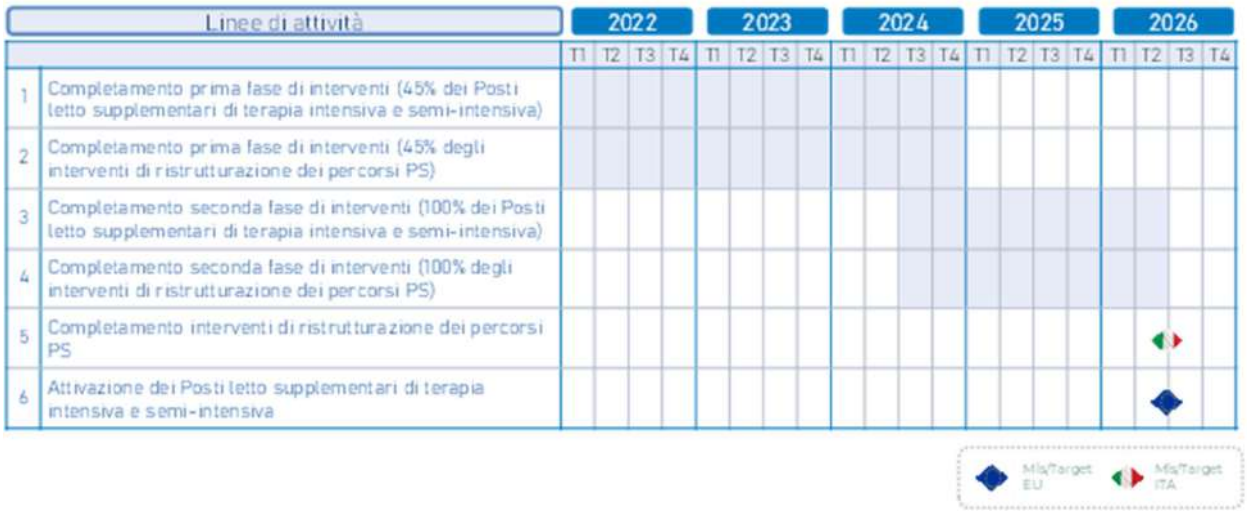
TARGET REGIONALE	**299 PL TERAPIA INTENSIVA** **305 PL TERAPIA SUB-INTENSIVA** **35 INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE DEI PERCORSI PS**
IMPORTO ASSEGNATO	**111.222.717,00 €** **importo comprensivo della somma prevista per l'acquisto di mezzi di soccorso**

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva	T4 2024	
Target	45% degli interventi di ristrutturazione dei percorsi PS	T4 2024	
Target	7700 Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva 3 500 posti letto di terapia intensiva e 4 200 posti letto di terapia semi-intensiva	T2 2026	
Target	Ospedali digitalizzati (DEA - Dipartimenti di Emergenza e di Ammissione - Livello I e II) – 651 interventi di ristrutturazione dei percorsi PS	T2 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché' di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052) (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21);*
- *DD n. MDS-DGPROGS-84 del 22/10/2021 e Piano di riorganizzazione di Riorganizzazione e rafforzamento Terapie Intensive e Semi Intensive (allegato al Decreto direttoriale);*
- *Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2020, n. 7-1492 Emergenza da COVID-19. Approvazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" da proporre all'approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020;*
- *Deliberazione della Giunta Regionale 15 ottobre 2021, n. 13-3924 Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D. lgs. n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, L. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per il secondo semestre 2021.*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.1.1.

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Innovazione, ricerca digitalizzazione dell'assistenza sanitaria									**Green**	**Digital**
M6C2	**1.1**	**Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero**								
	1.1.1	**Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II)**	**111.222.717,00**	**111.222.717,00**	093 - Attrezzature sanitarie	0%	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	100%	-	**111.222.717,00**

La Regione s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte dell'Unità di missione per l'attuazione del PNRR del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze.

Le check list con la sintesi dei controlli potranno essere utilizzate anche per quegli interventi già avviati prima dell'approvazione del PNRR (i cd. "progetti in essere"), al fine di verificare la sussistenza di quegli elementi tassonomici che rendono un intervento conforme al principio DNSH.

Nello specifico, le schede di riferimento, previste all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.7. Componente 2 - Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNRR) – Action Plan

C2 – 1.2 Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile Fondi PNRR

OBIETTIVO PNRR	
TARGET EU	109 interventi strutturali
TARGET MASSIMO	DEFINITO A LIVELLO NAZIONALE
DESCRIZIONE CID	Questo investimento consiste nell'allineare le strutture ospedaliere alle normative antisismiche. L'investimento si riferisce in particolare agli interventi di adeguamento sismico o di miglioramento delle strutture ospedaliere individuate nell'indagine delle esigenze espresse dalle Regioni
REQUISITI CID TARGET M6 C2 10	Completamento di almeno 109 interventi antisismici nelle strutture ospedaliere al fine di allinearle alle norme antisismiche

Ciascuna regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione - allegato 1 al Piano operativo.

INDICAZIONI OPERATIVE	
MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO	▪ La Regione ha effettuato una puntuale ricognizione degli interventi di adeguamento strutturale, individuando per ciascun intervento la fase progettuale prevista per anno, entro gennaio 2022. ▪ La Regione procede ad elaborare le schede intervento come risultato anche della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno con riferimento al presente investimento. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.). ▪ La Regione e gli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR) hanno stabilito per l'investimento in oggetto di ricorrere eventualmente a procedure aggregate di affidamento (cfr. art. 5 comma 3 del Contratto Istituzionale di Sviluppo).
RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE	▪ La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022 ▪ Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo. ▪ Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato da

PNRR alla linea di investimento che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

TARGET MINIMO REGIONALE

6

TARGET MASSIMO REGIONALE

6

FABBISOGNO

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione in termini di numerosità di interventi, dettagliato per Ente del SSR e per stato di avanzamento del progetto. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun intervento è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

ENTE del SSR	Dati immobile		Interventi	
	Superficie	Posti letto	Cat. Zona sismica	Livello progettazione
ASL TO 3	*46.666*	*239*	*3S*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*
ASL TO 3	*14.005*	*49*	*3S*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*
ASL BI	*130.039*	*447*	*4*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*
ASL CN 1	*15.888*	*65*	*4*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*
ASL AL	*12.814*	*46*	*3*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*
AO S. CROCE E CARLE	*25.056*	*714*	*3S*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*

IMPORTO ASSEGNATO (Fondi PNRR)

42.441.081,24 €

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Pubblicazione procedure di gara per interventi antisismici	T1 2023	
Target	Completamento degli interventi antisismici nelle strutture	T2 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *D.G.R. 5-4629 del 11/02/2022 "Approvazione del Programma di investimenti in edilizia sanitaria per l'adeguamento sismico di strutture ospedaliere con risorse a valere sul PNRR M6, C.2, 1.2 e sul Fondo Complementare"*

DIMENSIONE “GREEN” E DIMENSIONE “DIGITAL”

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi “green” e “digital” sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione “green” e quella “digital” all'investimento 1.2.

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Innovazione, ricerca digitalizzazione dell'assistenza sanitaria									**Green**	**Digital**
M6C2	**1.2**	**Verso un ospedale sicuro e sostenibile**	**42.441.081,00**	**42.441.081,00**	092 - Infrastrutture per la sanità	0%				

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.2 è riportato nella tabella 9 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 1 "Costruzione di nuovi edifici";
- scheda 2 "Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali";
- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario".

6.8. Componente 2 - Investimento 1.2: Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile (Fondi PNC) – Action Plan

C2 – 1.2 Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile Fondi PNC

OBIETTIVO PNC

TARGET NAZIONALE	220 interventi strutturali
DESCRIZIONE DECRETO MEF DEL 15/07/2021	Adattare le strutture ospedaliere alle attuali normative antisismiche. L'obiettivo del progetto è la realizzazione di 220 interventi, finanziati con le risorse del Fondo Complementare.
RISULTATI FINALI	Completamento di 220 interventi finalizzati al miglioramento strutturale degli edifici ospedalieri in ottica di adeguamento alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica.

Ciascuna regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO	▪ La Regione ha effettuato una puntuale ricognizione degli interventi di adeguamento strutturale, individuando per ciascun intervento la fase progettuale prevista per anno, entro gennaio 2022. ▪ La Regione procede ad elaborare le schede intervento come risultato anche della fase di ricognizione e valutazione del fabbisogno con riferimento all'ambito di investimento. Tali schede riportano le informazioni qualificanti l'intervento (es. localizzazione, fattibilità urbanistica, disponibilità giuridica del sito, stato di avanzamento progettuale, etc.). ▪ La Regione e gli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR) hanno stabilito per l'investimento in oggetto di ricorrere eventualmente a procedure aggregate di affidamento (cfr. art. 5 comma 3 del Contratto Istituzionale di Sviluppo).
RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE	▪ La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022 ▪ Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNC assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo. ▪ Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNC ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNC che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNC.

OBIETTIVO REGIONALE

7

FABBISOGNO

Il fabbisogno dichiarato dalla Regione in termini di numerosità di interventi, dettagliato per Ente del SSR e per stato di avanzamento del progetto. Il dettaglio delle localizzazioni di ciascun intervento è riportato nell'Allegato 2 del presente Piano.

ENTE del SSR	Dati immobile		Interventi	
	Superficie	Posti letto	Cat. Zona sismica	Livello progettazione
ASL TO 3	*38.811*	*215*	*3*	*STUDI PRELIMINARI DI FATTIBILITÀ TECNICO-ECONOMICA*
ASL NO	*38.746*	*219*	*4*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*
ASL AT	*132.544*	*500*	*4*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*
ASL AL	*32.308*	*147*	*3*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*
ASL AL	*26.674*	*113*	*3*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*
AO SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO	*16.708*	*66*	*3*	*STUDIO DI FATTIBILITÀ*
AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO	*62.989*	*401*	*3*	*STIMA PRELIMINARE DI SPESA*

IMPORTO ASSEGNATO (Fondi PNRR)

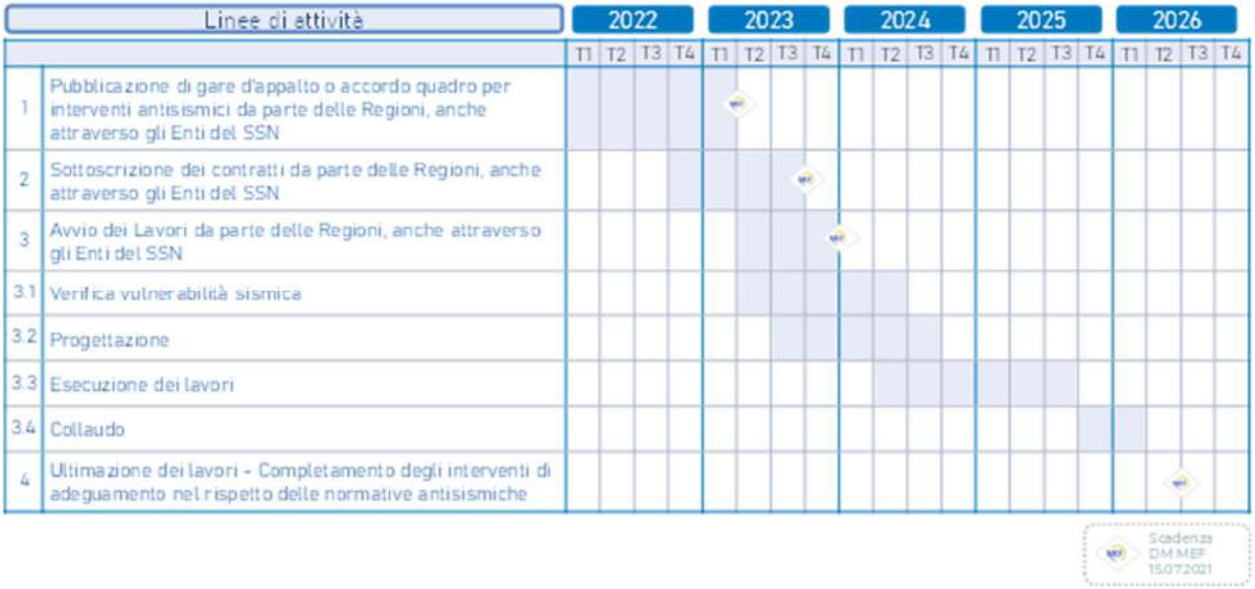
96.328.500,00 €

CRONOPROGRAMMA

OBIETTIVI PREVISTI DA DM MEF 15/07/2021 E RELATIVO TERMINE DI ESECUZIONE REGIONALE

Obiettivi	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Ente preposto al controllo
Obiettivi intermedi	Pubblicazione di gare d'appalto o accordo quadro per interventi antisismici da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN	T1 2023	
Obiettivi intermedi	Sottoscrizione dei contratti da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN	T3 2023	
Obiettivi intermedi	Avvio dei Lavori da parte delle Regioni, anche attraverso gli Enti del SSN	T4 2023	
Obiettivi finali	Ultimazione dei lavori – Completamento degli interventi di adeguamento nel rispetto delle normative antisismiche	T2 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *D.G.R. 5-4629 del 11/02/2022 "Approvazione del Programma di investimenti in edilizia sanitaria per l'adeguamento sismico di strutture ospedaliere con risorse a valere sul PNRR M6, C.2, 1.2 e sul Fondo Complementare"*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Non applicabile alla linea d'intervento di carattere nazionale.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art. 18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.2 è riportato nella tabella 9 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 1 "Costruzione di nuovi edifici";
- scheda 2 "Ristrutturazioni e riqualificazioni di edifici residenziali e non residenziali";
- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario".

6.9. Componente 2 – Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – di cui sub investimento 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni" – Action Plan

C2 – 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome"

OBIETTIVO PNRR	
TARGET EU	**85%** dei medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico **21** Regioni/Province autonome hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico
DESCRIZIONE CID	Questo investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano. L'investimento si compone dei due diversi progetti di seguito descritti. 1. Il completamento dell'infrastruttura e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) esistente. Ciò deve essere conseguito rendendolo un ambiente di dati completamente nativi digitali e quindi omogeneo, coerente e portabile in tutto il territorio nazionale. 2. Il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute, per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA, ossia i servizi garantiti dal SSN in tutto il paese) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico. L'obiettivo chiave e primario del Ministero della Salute italiano è conseguito con il raggiungimento dei 4 sotto-obiettivi seguenti integrati tra loro: i) il potenziamento dell'infrastruttura del Ministero della Salute italiano, mediante l'integrazione dei dati clinici del FSE con i dati clinici, amministrativi e finanziari del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) e con le altre informazioni e gli altri dati relativi alla salute nell'ambito dell'approccio "*One-Health*" per monitorare i LEA e garantire le attività di sorveglianza e vigilanza sanitaria; ii) il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS a livello locale, mediante la reingegnerizzazione e la standardizzazione dei processi regionali e locali di produzione di dati, al fine di ottimizzare lo strumento del NSIS per la misurazione della qualità, dell'efficienza e dell'adeguatezza del SSN; iii) lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti; iv) la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possano incontrarsi.
DESCRIZIONE SUB LINEA DI INTERVENTO OGGETTO DELL'ACTION PLAN	L'investimento previsto dal PNRR (M6C2 1.3.1) si compone delle seguenti linee di attività relative a: a) repository centrale, digitalizzazione documentale, servizi e interfaccia user-friendly; b) adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome;

	c) utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Tessera Sanitaria Elettronica, e che quest'ultima si riferisce a progetti già in essere. In particolare, il presente Action Plan si riferisce al sub-intervento 1.3.1 (b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome, il cui Soggetto attuatore, con facoltà di sub-delega in favore delle Regioni, è la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale.
REQUISITI CID TARGET M6 C2 13	Tutte le Regioni/Province autonome devono creare, alimentare e utilizzare il FSE. In particolare, il piano prevede: - l'integrazione/inserimento dei documenti nel FSE deve iniziare dai documenti nativi digitali; la migrazione/trasposizione ad hoc di documenti cartacei attuali o vecchi deve essere inclusa nel perimetro dell'intervento; - il sostegno finanziario a favore delle strutture sanitarie, affinché aggiornino la loro infrastruttura e per garantire che i dati, i metadati e la documentazione relativi all'assistenza.
REQUISITI CID TARGET M6 C2 11	I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICATORE COMUNE	Descrizione	Popolamento
7. Utenti di servizi, prodotti e processi digitali pubblici nuovi e aggiornati – per l'intervento FSE.	▪ Numero di utenti di servizi, prodotti e processi digitali pubblici recentemente sviluppati o significativamente aggiornati grazie al sostegno fornito da misure nell'ambito del dispositivo.	▪ Semestrale

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- È prevista l'attivazione delle procedure per la realizzazione dell'archivio centrale (Repository centrale) - Fascicolo sanitario elettronico (FSE), da parte del Soggetto Attuatore (Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale).
- È prevista l'attivazione delle attività per il supporto organizzativo, manageriale, strategico, tematico e la formazione a livello regionale e locale, da parte del Soggetto Attuatore (Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per la trasformazione digitale).
- È prevista la realizzazione, implementazione e messa in funzione di un registro centrale per i documenti digitali e di una piattaforma di interoperabilità e servizi, secondo lo standard Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR) - Fascicolo sanitario elettronico da parte del Soggetto Attuatore (MEF – Sistema Tessera Sanitaria)
- La Regione, sulla base dei decreti e delle linee guida nazionali di prossima emanazione per il potenziamento del FSE, ai sensi della normativa vigente, predispone i piani regionali di adeguamento.
- Con decreto da pubblicare non oltre settembre 2022, saranno dettagliate le milestone e i target intermedi a livello regionale, nonché le risorse disponibili per ogni Regione per l'adeguamento dell'FSE e l'attuazione delle Linee Guida nazionali di cui al punto precedente, garantendo almeno il 40% alle regioni del sud
- La Regione, che, sulla base del piano regionale e delle risorse stabilite con decreto, interviene autonomamente nel potenziamento, dovrà comunicare periodicamente lo stato di avanzamento in base agli indicatori stabiliti con le Linee Guida nazionali di cui al primo punto tramite i sistemi di monitoraggio
- La Regione, che, sulla base del piano regionale, intende avvalersi dell'infrastruttura nazionale, comunicherà al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché alla Struttura della Presidenza del Consiglio responsabile per l'innovazione tecnologica e la struttura di gitale per coordinare il piano regionale e il raggiungimento di target e milestone intermedi di cui al secondo punto.

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

- La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022
- Nel caso in cui le schede intervento del presente Action Plan evidenziassero un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo.
- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR, stabilite con decreto di cui al paragrafo precedente, ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR che costituisce e importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE	**85% dei medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico** **Adozione, alimentazione e utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico**
FABBISOGNO	Il Fabbisogno sarà determinato sulla base del completamento dell'Assessment e indicato nel Decreto di ripartizione delle risorse destinate al sub-investimento, che sarà emanato non oltre settembre 2022
IMPORTO COMPLESSIVO A LIVELLO NAZIONALE OGGETTO DEL SUCCESSIVO DECRETO DI RIPARTIZIONE REGIONALE (Sub intervento (b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni")	**€ 610.389.999,93**

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Cutoff per digitalizzazione nativa di tutti i documenti dei FSE. I documenti devono essere nativi digitali fin dall'inizio e coerenti con i recenti standard FHIR.	T4 2024	
Target	I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico (85%)	T4 2025	
Target	Tutte le Regioni/Province autonome hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico	T2 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *DECRETO-LEGGE 27 gennaio 2022, n. 4, Art.21 recante: "Misure in materia di fascicolo sanitario elettronico e governo della sanità digitale, convertito con modificazioni dalla L. 28 marzo 2022, n. 25*
- *D.G.R n. 27-6517 del febbraio 2018*
- *D.G.R. n.58-4509 del 29 dicembre 2021*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.3.

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									**Green**	**Digital**
M6C1	**1.3**	**Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione**	**Decreto di riparto nazionale in corso di adozione**	**100%**	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	0%	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	100%		**100%**

La Regione s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DSNH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art.18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.3 è riportato nella tabella 10 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.10. Componente 2 – Investimento 1.3. Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione – di cui sub investimento 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento, modello predittivo, SDK…) – Action Plan

C2 – 1.3.2 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali

OBIETTIVO PNRR	
TARGET NAZIONALE	**4** nuovi flussi informativi nazionali
DESCRIZIONE CID	Questo investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano. Il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute, per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA, ossia i servizi garantiti dal SSN in tutto il paese) e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico.
REQUISITI TARGET M6 C2 10	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: riabilitazione territoriale e consultori familiari.
REQUISITI TARGET M6 C2 15	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria.

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO	▪ La Regione, al fine di fornire specifici contributi ai Gruppi di Lavoro istituiti a livello nazionale per la definizione dei nuovi flussi informativi sanitari, procede ad effettuare un'apposita analisi volta ad individuare gli eventuali gap funzionali ed informativi per singolo flusso. ▪ La Regione procede a pianificare gli interventi tecnologici ed organizzativi necessari all'adeguamento informativo/funzionale. ▪ La Regione, a seguito dell'approvazione da parte del Ministero della salute del DM recante il regolamento del flusso, procede al recepimento (adozione) dell'articolato DM tramite apposito atto normativo. ▪ La Regione, nell'ambito della fase di implementazione dei flussi definiti a livello nazionale, procede a definire i parametri di controllo al fine di verificare i flussi prodotti a livello aziendale prima della trasmissione al Ministero della salute. ▪ La Regione e gli Enti del Servizio sanitario regionale (SSR) hanno stabilito per l'investimento in oggetto di ricorrere a procedure aggregate di affidamento (cfr. art. 5 comma 3 del Contratto Istituzionale di Sviluppo) che, qualora già disponibili, si dettagliano di seguito: Affidamento società in house, Centrale di committenza, Consip, Gare aziendali aggregate.
RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE	▪ La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, fornite dal Mef con circolare n. 4 del 18 gennaio 2022. ▪ Nel caso in cui il presente Action Plan evidenziasse un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo. ▪ Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNRR alla linea di investimento che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

OBIETTIVI REGIONALI

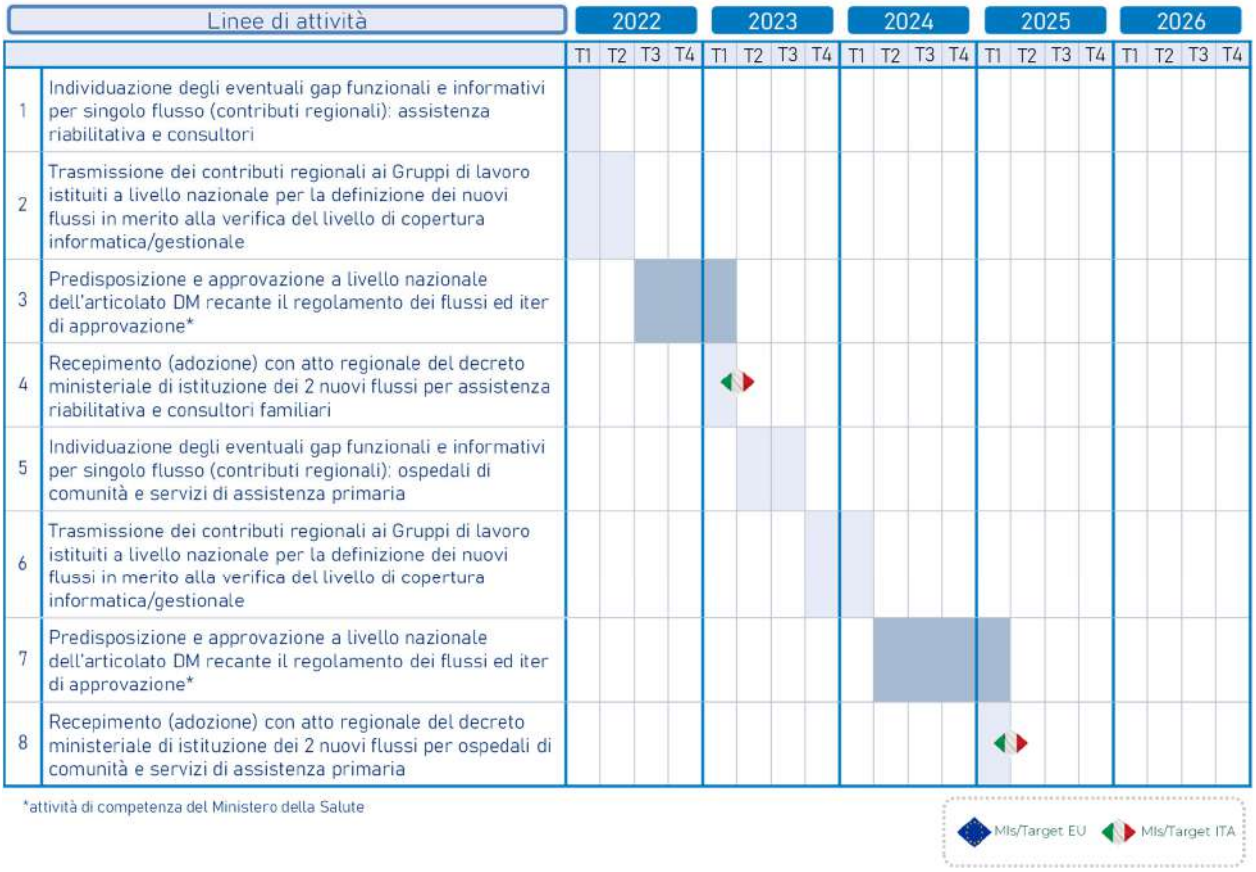
TARGET REGIONALE	**4** nuovi flussi informativi
FABBISOGNO	**[N/A]**
IMPORTO ASSEGNATO (Fondi PNRR)	**2.012.933,52 €**

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: riabilitazione territoriale e consultori familiari	T1 2023	
Target	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria. .	T1 2025	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- *N/A*

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 1.3.2.

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									**Green**	**Digital**
M6C2	**1.3**	**Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione**	**2.012.933,52**	**2.012.933,52**	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	0%	095 - Digitalizzazione delle cure sanitarie	100%		**2.012.933,52**

La Regione s'impegna, con riferimento al suddetto investimento, a rispettare le percentuali del 100% (tag digitale) indicate e a rispettare le eventuali ulteriori indicazioni in materia che saranno trasmesse con successive circolari da parte del Ministero dell'economia e delle finanze.

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DSNH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art.18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 1.3 è riportato nella tabella 10 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nell'Allegato 3 al presente Piano e quanto indicato nella "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", emanata dal Ministero dell'economia e delle finanze con circolare n. 32 del 30 dicembre 2021, che ha lo scopo di assistere le amministrazioni preposte alla gestione degli investimenti nel processo di indirizzo, raccolta di informazioni e verifica, fornendo indicazioni sui requisiti tassonomici, sulla normativa corrispondente e sugli elementi utili per documentare il rispetto di tali requisiti sui singoli settori di intervento del PNRR.

Per tale investimento, all'interno della "Guida operativa per il rispetto del principio del DNSH", sono riportate le schede tecniche da considerare ai fini del rispetto del principio DNSH. Nello specifico, le schede sono di seguito indicate:

- scheda 3 "Acquisto, Leasing e Noleggio di computer e apparecchiature elettriche ed elettroniche";
- scheda 4 "Acquisto, Leasing e Noleggio apparecchiature elettriche ed elettroniche utilizzate nel settore sanitario";
- scheda 5 "Interventi edili e cantieristica generica non connessi con la costruzione/rinnovamento di edifici";
- scheda 6 "Servizi informatici di hosting e cloud".

6.11. Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (a) borse aggiuntive in formazione di medicina generale - Action Plan

C2 – 2.2 (a) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario - borse aggiuntive in formazione di medicina generale

OBIETTIVI NAZIONALI	
TARGET EUROPEO	Assegnazione di **2.700** borse di studio per la formazione specifica in medicina generale
DESCRIZIONE CID	Questo investimento consiste nell'incrementare le borse di studio per il corso specifico di medicina generale.
REQUISITI CID TARGET M6 C2 14	Questo investimento deve essere volto all'incremento del numero di borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali.

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICATORE COMUNE	Descrizione	Popolamento
10. Numero di partecipanti in un percorso di istruzione o di formazione – per gli interventi riferiti alla formazione in infezioni ospedaliere.	▪ L'indicatore tiene conto del numero di partecipanti ad attività di istruzione (ISCED 0-6, apprendimento degli adulti) e di formazione (formazione dentro e fuori l'impresa, istruzione e formazione professionale continua ecc.) sostenute da misure nell'ambito del dispositivo, compresi i partecipanti alla formazione in materia di competenze digitali. L'indicatore è pertanto rilevato e comunicato indicando i) i partecipanti in un percorso di istruzione o di formazione e, tra essi, ii) i partecipanti alla formazione in materia di competenze digitali. È inoltre disaggregato per genere ed età. ▪ I partecipanti sono conteggiati all'inizio della loro partecipazione all'attività di istruzione o formazione.	▪ Semestrale

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO	Per ciascun triennio formativo (2021-2024, 2022-2025 e 2023-2026) nel rispetto delle istruzioni tecniche e delle indicazioni operative fornite dal Ministero della salute, nonché dal Ministero dell'economia e delle finanze: ▪ La Commissione Salute definisce il fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio specifico. Il Coordinamento regionale trasmette tale fabbisogno al Ministero della Salute. ▪ Il Ministero della Salute effettua il riparto delle risorse per il finanziamento delle borse aggiuntive per il corso di formazione specifica in medicina generale per il medesimo triennio. ▪ La Commissione Salute decide la data del concorso nazionale per accedere ai corsi di formazione specifica in medicina generale. Vengono quindi pubblicati i bandi regionali e successivamente svolto il concorso nazionale nella data stabilita. ▪ Viene pubblicata la graduatoria definitiva del concorso, ogni Regione predispone l'elenco degli assegnatari di borsa e comunica la data di inizio corso. ▪ Le Regioni assegnano le borse e trasmettono al Ministero della Salute, anche attraverso l'alimentazione del sistema informatico di registrazione e conservazione di supporto alle attività di gestione, monitoraggio, rendicontazione e controllo delle componenti del PNRR , entro il 1 giugno di ogni anno, la documentazione necessaria per il monitoraggio e la rendicontazione, con riferimento a tutte le borse assegnate per il triennio formativo ed in particolare l'elenco degli assegnatari di borsa e l'elenco degli iscritti al Corso di formazione specifica in Medicina Generale. ▪ Le regioni provvedono ad aggiornare costantemente i dati inseriti nel sistema informatico predetto al fine di garantire il necessario per il monitoraggio e la rendicontazione.
RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE	▪ La Regione dettaglia le risorse economiche assegnate nelle voci di costo dell'investimento nel rispetto delle linee guida e delle indicazioni operative fornite dal Ministero della salute, nonché dal Ministero dell'economia e delle finanze.

OBIETTIVI REGIONALI

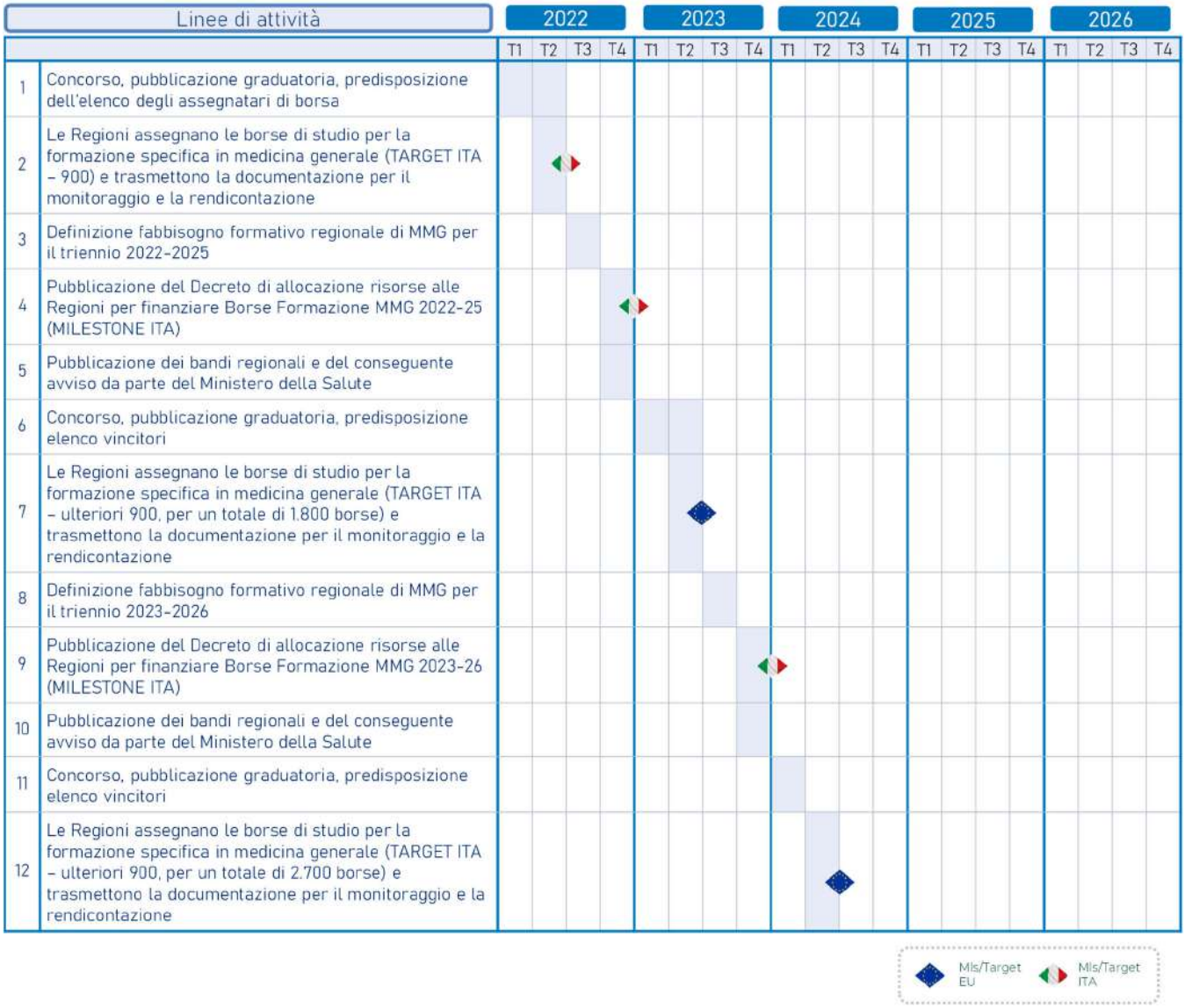
TARGET REGIONALE	**Definito con Decreto del Ministero della Salute**
IMPORTO ASSEGNATO	**DM del 2 novembre 2021 con il quale sono state assegnate alle Regioni e Province Autonome le risorse per il finanziamento delle prime 900 borse aggiuntive relative al triennio formativo 2021-2024. Tale decreto è stato ammesso alla registrazione dalla Corte dei Conti con Provv. n. 2963 del 07/12/2021**

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Target	Assegnazione di 900 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per il triennio formativo 2021-2024	T2 2022	
Milestone	Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i Medici di Medicina Generale	T4 2022	
Target	Assegnazione di 1800 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per i trienni formativi 2021-2024 e 2022-2025.	T2 2023	
Milestone	Pubblicazione del decreto annuale di assegnazione risorse economiche per finanziare 900 borse di studio per i Medici di Medicina Generale	T4 2023	
Target	Assegnazione di 2700 borse aggiuntive per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale per i trienni formativi 2021-2024, 2022-2025 e 2023-2026.	T2 2024	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- ***DGR 13-2673 del 23.12.2020*** - affidamento all'ASL Città di Torino delle attività di cui al D.lgs 368/1999 s.m.i., concernenti l'organizzazione e gestione del concorso pubblico per l'accesso ai Corsi di formazione specifica in Medicina Generale, nonché la gestione delle attività formative dei corsi di formazione specifica in medicina generale.
- **DD 1627/A1406B/2021 del 27/10/2021** - approvazione del bando di concorso pubblico per l'ammissione di 234 tirocinanti con borsa di studio al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale, triennio 2021/2024, ex D.lvo 368/99 e s.m.i. - pubblicato su Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - serie IV Speciale Concorsi ed Esami n. 98 del 10 dicembre 2021
- **DD n. 55/A1406B del 18/01/2022** – Elenco dei candidati ammessi al concorso di stato.
- **DGR 58-4426 del 22.12.2021** - iscrizione nel Bilancio di previsione finanziario 2021-2023 delle risorse statali connesse al PNRR, per un importo totale pari ad euro 2.266.066,80.
- **DD 241/A1406B/2021 del 30/12/2021** - accertamento di euro 2.266.066,80 sul capitolo 24300 del bilancio pluriennale, per ciascuno degli anni 2021, 2022, 2023, e impegno sul vincolato capitolo di spesa 145210 per euro 755.355,60 per ciascuno degli anni 2021, 2022, 2023, per la complessiva somma di 2.266.066,80.

DIMENSIONE “GREEN” E DIMENSIONE “DIGITAL”

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi “green” e “digital” sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione “green” e quella “digital” all'investimento 2.2 (a).

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									**Green**	**Digital**
M6C2	**2.2 (a)**	**Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale**	**2.266.066,80**	**2.266.066,80**	123 - Misure volte a migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari (infrastrutture escluse)	0%				

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art.18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 2.2 è riportato nella tabella 11 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nel suddetto Allegato 3.

6.12. Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere - Action Plan

C2 – 2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

OBIETTIVI NAZIONALI	
TARGET NAZIONALE	**293.386** partecipanti
DESCRIZIONE CID	Questo investimento consiste nell'avviare un piano di formazione sulle infezioni ospedaliere per tutto il personale del SSN.
REQUISITI TARGET M6 C2 29/30	Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere

Ciascuna Regione contribuisce al target secondo quanto approvato nel quadro di ripartizione allegato 1 al Piano operativo.

INDICATORE COMUNE	Descrizione	Popolamento
10. Numero di partecipanti in un percorso di istruzione o di formazione – per gli interventi riferiti alla formazione in infezioni ospedaliere.	▪ L'indicatore tiene conto del numero di partecipanti ad attività di istruzione (ISCED 0-6, apprendimento degli adulti) e di formazione (formazione dentro e fuori l'impresa, istruzione e formazione professionale continua ecc.) sostenute da misure nell'ambito del dispositivo, compresi i partecipanti alla formazione in materia di competenze digitali. L'indicatore è pertanto rilevato e comunicato indicando i) i partecipanti in un percorso di istruzione o di formazione e, tra essi, ii) i partecipanti alla formazione in materia di competenze digitali. È inoltre disaggregato per genere ed età. ▪ I partecipanti sono conteggiati all'inizio della loro partecipazione all'attività di istruzione o formazione.	▪ Semestrale

INDICAZIONI OPERATIVE

MODALITÀ ATTUAZIONE INVESTIMENTO E MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

- La Regione completa la procedura per la selezione dei provider dei corsi di formazione a marzo 2023, al fine di raggiungere il numero target complessivo in termini di partecipanti coinvolti tenendo conto delle indicazioni riportate all'interno dell'Allegato 5 del presente Piano operativo.
- L'adesione al programma da parte dei professionisti sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale operanti nelle strutture ospedaliere dovrà essere accreditata ECM, ferma restando la specificità del Modulo D dell'Allegato 5 del presente Piano operativo.
- Il programma viene sviluppato da ciascuna regione/P.A. ed è articolato nelle sue diverse componenti (corsi/moduli) sulla base delle indicazioni nazionali, di cui al suddetto Allegato 5, tenendo in considerazione le peculiarità di ogni regione/P.A. e i diversi setting. A tale scopo si valorizzano le competenze specifiche dei vari stakeholders presenti sul territorio, anche attraverso la collaborazione con le Università, gli IRCSS, l'Agenas e l'Istituto Superiore di Sanità.
- Il programma deve essere sviluppato in modalità blended (modalità mista in ambienti di apprendimento diversi che includano formazione frontale in aula e apprendimento online), prevedendo sia una formazione teorica, che degli approfondimenti pratici a livello locale presso le strutture sanitarie di afferenza dei partecipanti, assicurando così la possibilità di formazione attraverso la metodologia learning by doing, considerata una delle strategie didattiche più efficaci in materia.
- In ragione dei diversi profili professionali e delle diverse aree di attività dei destinatari del corso, questo dovrà includere sia moduli che forniscano conoscenze relative ad un approccio di base trasversale sia approfondimenti specifici per le diverse professionalità/aree di attività.

RISORSE ECONOMICHE ASSEGNATE

- La Regione/Province Autonome dettaglia le risorse economiche assegnate nelle principali voci di costo dell'investimento e definisce eventuali oneri per esigenze specifiche in materia di supporto tecnico operativo relativi ad attività dedicate alla concreta realizzazione dei relativi progetti in coerenza con le indicazioni, per quanto applicabili, i fornite dal mef con la circolare n. 4 del 18 gennaio 2022.
- Nel caso in cui il presente Action Plan evidenziasse un fabbisogno complessivo superiore alle risorse PNRR assegnate per la linea di investimento, la Regione dovrà indicare – coerentemente con quanto riportato nelle Schede Intervento - le fonti integrative di finanziamento a carico del proprio bilancio, indicando gli estremi dei capitoli del bilancio di previsione pluriennale attestanti la relativa disponibilità e producendo le relative schede capitolo.
- Le voci di costo relative alle risorse economiche assegnate dal PNRR ed eventualmente integrate da parte del bilancio regionale possono essere rimodulate sulla base dell'effettivo fabbisogno, fermo restando l'importo totale assegnato dal PNR che costituisce importo massimo invalicabile a valere sulle risorse PNRR.

OBIETTIVI REGIONALI

TARGET REGIONALE	**21.053 partecipanti**
FABBISOGNO	**N/A**
IMPORTO ASSEGNATO	**5.742.722,11 €**

MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO

Regione	Totale
Totale corsi	*420*
di cui da procedure regionali	*0*
di cui da procedure aziendali/altro	*420*

CRONOPROGRAMMA

MILESTONE & TARGET

Milestone/Target	Descrizione	Termine di esecuzione Regionale	Rilevanza ITA/UE
Milestone	Completamento procedure di selezione dei provider	T1 2023	
Milestone	Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere	T3 2024	
Target	Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere	T1 2025	
Milestone	Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere	T4 2025	
Target	Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere	T2 2026	

GANTT



RIFERIMENTI NORMATIVI

- ***D.Lgs 502/1992*** Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, art. 16-ter
- **Accordo stato regioni ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs 28 agosto 1997, n. 281** – La formazione continua nel settore salute.
- **DGR 21-788 del 20 dicembre 2019** – Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 – Formazione continua dei professionisti sanitari – Approvazione del manuale di accreditamento dei provider pubblici e privati e dei nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti per le attività formative ECM.
- **Circolare n° 1950 - 6 febbraio 2001** - Requisiti di minima per la prevenzione del rischio infettivo nelle strutture ospedaliere della Regione Piemonte. Assessorato alla Sanità

DIMENSIONE "GREEN" E DIMENSIONE "DIGITAL"

Come previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF), le misure incluse nel PNRR devono contribuire sia alla transizione verde (compresa la biodiversità, o alle sfide che ne derivano) che alla transizione digitale, rappresentando rispettivamente almeno il 37 % ed il 20% dell'assegnazione totale delle risorse.

A tal fine, ad ogni investimento è stato assegnato un coefficiente di sostegno per gli obiettivi "green" e "digital" sulla base di una metodologia (tagging) che riflette l'ambito in cui la misura contribuisce agli obiettivi della transizione verde e digitale. Tali coefficienti di sostegno si attestano allo 0%, 40 % o al 100 % per i singoli investimenti, secondo le specifiche linee guida comunitarie.

La tabella di seguito riportata sintetizza la quota assegnata (tag) a livello regionale/provinciale per la dimensione "green" e quella "digital" all'investimento 2.2 (b).

(tabella non modificabile da Regione)

Missione	Codifica	Riferimenti Investimenti	Totale Risorse per Regione [€]	Quota assegnata tagging [€]	Campo d'intervento Green	% Green Tag	Campo d'intervento Digital	% Digital Tag	Quote assegnate [€]	
PNRR - Assistenza di prossimità e telemedicina									**Green**	**Digital**
M6C2	**2.2 (b)**	**Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere**	**5.742.722,11 €**	**5.742.722,11 €**	123 - Misure volte a migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari (infrastrutture escluse)	0%				

DO NO SIGNIFICANT HARM

Il principio "non arrecare un danno significativo" (DNSH) si basa su quanto specificato nella "Tassonomia per la finanza sostenibile" (Regolamento UE 2020/852) adottata per promuovere gli investimenti del settore privato in progetti verdi e sostenibili nonché contribuire a realizzare gli obiettivi del Green Deal. Il Regolamento individua i criteri per determinare come ogni attività economica contribuisca in modo sostanziale alla tutela dell'ecosistema, senza arrecare danno a nessuno dei seguenti obiettivi ambientali:

- mitigazione dei cambiamenti climatici;
- adattamento ai cambiamenti climatici;
- uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine;
- transizione verso l'economia circolare, con riferimento anche a riduzione e riciclo dei rifiuti;
- prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- protezione e ripristino della biodiversità e della salute degli eco-sistemi.

Tutte le misure inserite nel PNRR, che siano investimenti o riforme, devono essere conformi al principio DNSH ed è compito degli Stati membri (art.18 del Regolamento (UE) 2021/241) dimostrare il rispetto di tale principio. Ai fini di agevolare gli Stati membri nella valutazione e presentazione del principio DNSH nei loro piani nazionali, a febbraio 2021, la Commissione ha pubblicato delle linee guida con gli orientamenti tecnici a cui fare riferimento.

Il dettaglio delle valutazioni DNSH relative all'investimento 2.2 è riportato nella tabella 11 dell'Allegato 3 al presente Piano.

La Regione, nell'attuazione degli interventi, procede pertanto a rispettare le indicazioni contenute nel suddetto Allegato 3.

7. Rispetto principi direttiva in materia Disabilità

In generale, tutti gli interventi previsti e i servizi innovativi introdotti contribuiranno a migliorare la qualità dell'assistenza, anche per le persone con disabilità, con un impatto in termini di:

Accessibilità

Nell'implementazione dei progetti sarà assicurata la consultazione delle associazioni con disabilità. Come previsto dall'art. 9 della Convenzione ONU, nella realizzazione/adeguamento delle strutture di prossimità sarà garantito l'accesso all'ambiente fisico mediante l'abbattimento delle barriere fisiche ed architettoniche, creando ambienti liberamente fruibili da tutti i cittadini, a prescindere dalla loro condizione disabilitante. Inoltre, lo sviluppo della telemedicina e degli investimenti tecnologici previsti in ogni progetto strutturale, contribuiranno a favorire l'accesso alle informazioni e alla comunicazione da parte di tutti gli assistiti.

Progettazione universale

Gli interventi agevoleranno la fruibilità, l'autonomia e la sicurezza degli spazi da parte di tutti i soggetti, a prescindere dalle condizioni di salute. Promuoveranno inoltre una presa in carico personalizzata, che tenga conto delle condizioni sanitarie e sociosanitarie, nonché, delle preferenze del singolo individuo, promuovendo i principi dell'empowerment e della co-produzione dei servizi.

Promozione della vita indipendente e il sostegno all'autodeterminazione

Gli interventi mirano ad integrare i servizi sanitari e i diversi stakeholder coinvolti per una presa in carico complessiva della persona al fine di migliorare il servizio di assistenza sanitaria ai pazienti con condizioni croniche e alle categorie di popolazione più vulnerabili, come le persone con disabilità.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare, della comunità di riferimento e il potenziamento delle cure intermedie sono infatti fondamentali per fornire sostegno alle persone con disabilità, assicurando servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona sul proprio territorio, a partire proprio dai servizi domiciliari.

L'obiettivo è quello di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona nel proprio ambiente di vita e lavoro, favorendo la presa in carico nella comunità di riferimento al fine di rispondere ai bisogni sanitari e sociosanitari della persona.

Non discriminazione

Il potenziamento dei servizi con la definizione di standard e modelli organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, previsti dalla riforma dell'assistenza territoriale, consentirà di ridurre le disuguaglianze sia in termini di accessibilità che di servizi, assicurando outcome di salute uniformi sull'intero territorio nazionale.

8. Equità di Accesso

Il principio di eguaglianza, di universalità, di equità di accesso costituiscono presupposto fondamentale per assicurare la coesione sociale sul territorio e per contrastare le conseguenze sulla salute frutto delle disuguaglianze sociali, derivanti dalle diverse condizioni socioeconomiche dei singoli territori.

Nella Regione Piemonte con la D.G.R. 29 dicembre 2021, n. 16-4469 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione" la Giunta regionale ha recepito il PNP del quale ha condiviso la visione, principi, priorità e struttura e si è impegna ad adottarli e tradurli nel PRP 2020-2025, con particolare riguardo:

- l'approccio One Health, che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente;

- il principio della salute in tutte le politiche, che consente un approccio multidisciplinare e intersettoriale nell'affrontare i rischi per la salute;

- l'approccio life-course, con la previsione di interventi preventivi e protettivi sin dalle prime fasi di vita, integrato con l'approccio per setting, mirato ai contesti nei quali vivono individui e gruppi prioritari;

- l'equità nell'azione, nella consapevolezza che lo svantaggio sociale rappresenta un importante fattore di rischio per la salute e la qualità della vita.

I modelli organizzativi in precedenza descritti troveranno ulteriori evoluzioni positive con la strutturazione delle case di comunità, degli ospedali di comunità, della centrali operative territoriali, della casa come primo luogo di cura destinati nel complesso a diffondere i luoghi fisici della medicina territoriale anche in funzione della integrazione dei processi e della equità di accesso alle cure.

9. Rispetto principi in materia di pari opportunità di genere e generazionali

Le azioni applicative avviate in Piemonte sulla medicina di genere rappresentano indubbiamente un risultato molto importante, con l'obiettivo principale di includere in tutte le aree sanitarie una nuova "dimensione" basata sulle differenze di sesso e/o genere.

Con la D.G.R. 12 novembre 2021, n. 17-4075 "Recepimento del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere adottato con D.M. 13/06/2019 e definizione dei criteri per la costituzione del Gruppo Tecnico Regionale per la Medicina di Genere" la Regione Piemonte, nel considerare la Medicina di Genere di particolare interesse per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSR:

- ha recepito il Piano per l'applicazione e la diffusione della MdG;

- ha individuato, all'interno della Direzione Sanità e Welfare, i Settori per le attività di competenza regionale sulla MdG;

- ha previsto l'istituzione di un Gruppo Tecnico Regionale sulla MdG definendone composizione, obiettivi e funzione.

Già in precedenza con la D.G.R. 23/07/2021, n. 11-3586 "Recepimento dell'Accordo Rep. Atti n. 59/CSR del 17 aprile 2019. Approvazione del nuovo modello organizzativo-funzionale della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta e dello schema di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta" è stato recepito l'Accordo sul documento recante "Revisione delle Linee Guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale".

In tale ambito è presente un capitolo dedicato in modo specifico alla "Medicina personalizzata" declinata come "Medicina di precisione" e "Medicina di genere".

Anche in questo caso i modelli da attivare individuati dal PNRR saranno sicuramente funzionali alla medicina di genere, nel senso che i nuovi percorsi di collegamento tra le diverse strutture di prossimità potranno contribuire al miglioramento ulteriore del contesto come in precedenza disegnato.

10.Modalità di monitoraggio e rendicontazione

La Regione procede ad elaborare le schede di monitoraggio per ciascun investimento. Tale monitoraggio avverrà attraverso il sistema Regis sulla base di tempistiche prestabilite.

Nello specifico, si riportano di seguito alcune indicazioni fornite dal Servizio centrale per il PNRR, per garantire la corretta redazione delle schede:

- **Step attuativo-procedurale**: in questa colonna sono riportati i passi procedurali/amministrativi utili per la realizzazione concreta dell'investimento al fine di rispettare milestone/target EU e nazionali;
- **Data inizio e fine:** in questa colonna sono riportate le date presunte, di inizio e fine, dello step attuativo-procedurale utili a comprendere la durata della procedura posta in essere. È sempre richiesta la valorizzazione della data di fine procedura (anche previsionale), al fine di rendere più facile l'individuazione delle scadenze programmate.
- **Strumento/Atto:** in questa colonna viene riportato lo strumento o l'atto dello step attuativo-procedurale (ad esempio: bando di gara, determina a contrarre, Decreto Ministeriale, etc.).
- **Note/Criticità:** in questa colonna sono riportate le presunte criticità o elementi degni di nota relativi alla procedura in essere.

Il dettaglio delle schede di monitoraggio procedurale relative a ciascun investimento sono riportate nell'Allegato 4 al presente Piano.

Tabella 2 - Dettaglio Monitoraggio investimento

Format cronoprogramma attuativo dei singoli investimenti				
Step attuativo procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità

La Regione provvede, così come indicato nelle Istruzioni Tecniche per la selezione dei progetti PNRR di cui alla Circolare n. 21/MEF, ai seguenti adempimenti:

- assicurare l'adozione di misure adeguate volte a rispettare il principio di sana gestione finanziaria secondo quanto disciplinato nel Regolamento finanziario (UE, Euratom) 2018/1046 e nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241, in particolare in materia di prevenzione, identificazione e rettifica dei conflitti di interessi, delle frodi, della corruzione e di recupero e restituzione dei fondi che sono stati indebitamente assegnati, nonché di garantire l'assenza del c.d. doppio finanziamento ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2021/241;
- garantire il rispetto dell'obbligo di richiesta e indicazione del Codice Unico di Progetto (CUP) su tutti gli atti amministrativi e contabili;
- effettuare i controlli di gestione, i controlli ordinari amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale applicabile per garantire la regolarità delle procedure e delle spese sostenute prima di rendicontarle al Ministero della salute, nonché garantire la riferibilità delle spese al progetto finanziato;

- presentare, con cadenza almeno trimestrale, la rendicontazione delle spese effettivamente sostenute e dei costi nei tempi e nei modi previsti dal presente Piano ed atti conseguenti, nonché degli indicatori di realizzazione associati al progetto, in riferimento al contributo al perseguimento dei target e milestone del Piano, comprovandone il conseguimento attraverso la produzione e l'imputazione nel sistema informatico della documentazione probatoria pertinente;
- garantire la raccolta e la conservazione della documentazione progettuale delle spese sostenute e dei target realizzati in fascicoli cartacei e su supporti informatici per assicurare la completa tracciabilità delle operazioni – nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9 comma 4 del decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108 nonché la messa a disposizione di detta documentazione, nelle diverse fasi di controllo e verifica previste dal sistema di gestione e controllo del PNRR, del Ministero della Salute, del Servizio centrale per il PNRR, dell'Unità di Audit, della Commissione europea, dell'Ufficio europeo per la lotta antifrode (OLAF), della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, autorizzando la Commissione, l'OLAF, la Corte dei conti e l'EPPO a esercitare i diritti di cui all'articolo 129, paragrafo 1, del regolamento finanziario (UE; EURATOM) 1046/2018;
- inoltrare le Richieste di pagamento all'Amministrazione titolare con allegata la rendicontazione dettagliata delle spese effettivamente sostenute - o dei costi esposti maturati nel caso di ricorso alle opzioni semplificate in materia di costi - e del contributo al perseguimento delle milestone e dei target associati alla misura PNRR di riferimento, e i documenti giustificativi secondo le tempistiche e le modalità riportate nei dispositivi attuativi;
- impegnarsi, per i progetti del PNRR, a conseguire il raggiungimento degli obiettivi dell'intervento, quantificati secondo gli stessi indicatori adottati per i milestone e target della misura PNRR di riferimento, e ad inviare la documentazione a supporto dell'avanzamento degli indicatori legati al raggiungimento dei target e milestone del PNRR;
- si impegna, altresì, al rispetto del cronoprogramma procedurale di cui alla scheda "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" del PNC;
- definire le modalità di implementazione e trasmissione delle informazioni e della documentazione anche tramite il sistema informatico per il monitoraggio degli interventi PNRR utilizzato dal Ministero della salute, finalizzato a raccogliere, registrare e archiviare in formato elettronico i dati per ciascuna operazione necessari per la sorveglianza, la valutazione, la gestione finanziaria, la verifica e l'audit, secondo quanto previsto dall'articolo 22 paragrafo 2 lettera d) del Regolamento (UE) 2021/241 e tenendo conto delle indicazioni che verranno fornite dal Ministero della salute;
- prevedere negli atti di rendicontazione la dichiarazione di aderenza dei progetti e delle relative spese al principio DNSH *Tagging* clima e digitale, *Gender Equality*, Valorizzazione dei giovani e Riduzione dei divari territoriali (ove pertinente), in funzione delle ulteriori indicazioni che saranno emanate dal Ministero dell'economia e delle finanze;
- prevedere negli atti di rendicontazione del progetto una dichiarazione di assenza di doppio finanziamento dell'investimento e delle relative spese;
- attenersi alle modalità e a eventuali termini per la presentazione di ciascuna istanza di erogazione da parte del Soggetto attuatore;
- attenersi alle modalità di presentazione dei SAL (se pertinente);

- attenersi alle modalità di erogazione dell'eventuale anticipo (eventuale richiesta di fidejussione bancaria o polizza fideiussoria);
- garantire l'adozione di un'apposita codificazione contabile adeguata e informatizzata per tutte le transazioni relative al progetto per assicurare la tracciabilità dell'utilizzo delle risorse del PNRR;
- attenersi in maniera puntuale alla documentazione da presentare ai fini dell'erogazione per stati di avanzamento, in funzione delle modalità di "rendicontazione" delle spese;
- attenersi ai controlli e agli adempimenti propedeutici all'erogazione svolti dall'Amministrazione responsabile nonché ai termini entro i quali l'Amministrazione provvede all'erogazione.;
- garantire il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'articolo 34 del Regolamento (UE) 2021/241 indicando nella documentazione progettuale che il progetto è finanziato nell'ambito del PNRR, con esplicito riferimento al finanziamento da parte dell'Unione europea e all'iniziativa Next Generation EU (utilizzando la frase "finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU"), riportando nella documentazione progettuale l'emblema dell'Unione europea e fornisce un'adeguata diffusione e promozione del progetto, anche online, sia web sia social, in linea con quanto previsto dalla Strategia di Comunicazione del PNRR; fornisce i documenti e le informazioni necessarie secondo le tempistiche previste e le scadenze stabilite dai Regolamenti comunitari e dal Ministero della salute e per tutta la durata del progetto.



Il Recovery and Resilience Facility (RRF) ha una dimensione totale pari a € 672,5 miliardi, di cui € 312,5 miliardi sono sovvenzioni e € 360 miliardi prestiti a tassi agevolati. Per l'Italia, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede circa €191,5 miliardi, di cui € 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto.

Le aree prioritarie di investimento del piano sono: la transizione verde; la trasformazione digitale; la crescita intelligente, sostenibile e inclusiva; la coesione sociale e territoriale; salute e resilienza economica, sociale e istituzionale; politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani.

Il PNRR si articola nelle seguenti 6 Missioni, a loro volta divise in 16 Componenti.

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura (€ 40,32 mld).
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica (€ 59,47 mld).
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile (€ 25,40 mld).
4. Istruzione e ricerca (€ 30,88 mld).
5. Inclusione e coesione (€ 19,8 mld).
6. Salute (€ 15,63 mld).

Al fine di finanziare tutti i progetti ritenuti in linea con la strategia del PNRR, è stato istituito un Fondo Nazionale Complementare, per un importo complessivo pari a € 30,6 miliardi.

Focus Missione 6 "Salute"

La Missione 6 «Salute» si articola, come segue, in due Componenti separate ma complementari:

- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

La Componente 1 mira a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

Essa prevede i seguenti investimenti e sub-investimenti:

- Investimento 1.1.: Case della Comunità e presa in carico della persona.
- Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
  - *Investimento 1.2.1:* Casa come primo luogo di cura (Adi).
  - *Investimento 1.2.2: Implementazione delle* Centrali operative territoriali (COT).
  - *Investimento 1.2.3:* Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.
- Investimento 1.3.: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari. Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica ed a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Essa prevede i seguenti investimenti e sub-investimenti:

- Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero.
  - *Investimento 1.1.1:* Digitalizzazione di 280 ospedali sede DEA I e II livello.
  - *Investimento 1.1.2:* Sostituzione di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie.
  - *Investimento 1.1.3:* Rafforzamento strutturale del SSN (tendenziale).
- Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile:
  - Realizzazione di almeno 109 interventi di adeguamento antisismico. A questi si aggiungono altri 220 interventi attraverso le risorse del PNC.
  - Risorse da accordi di programma: Art. 20 legge finanziaria 67/88 – strutture sanitarie.

- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione:
  - *Sub-investimento 1.3.1:* Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).
    - Creazione del repository centrale, digitalizzazione documentale, servizi e interfaccia user-friendly.
    - Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni.
    - Utilizzo del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale - Tessera Sanitaria Elettronica (tendenziale).
  - *Sub-investimento 1.3.2:* Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria.
    - Evoluzione dell'infrastruttura e degli strumenti tecnologici e di analisi del Ministero della salute.
    - Reingegnerizzazione del NSIS a livello locale.
    - Costruzione di uno strumento potente e complesso di simulazione e predizione di scenari a medio lungo termine del SSN.
    - Sviluppo di una piattaforma nazionale di servizi di telemedicina.
- Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.
  - *Investimento 2.1.1:* 100 progetti di ricerca finanziati con voucher Proof of Concept (PoC).
  - *Investimento 2.1.2:* 100 progetti di ricerca finanziati per tumori rari e malattie rare.
  - *Investimento 2.1.3:* 324 progetti di ricerca finanziati per malattie altamente invalidanti.
- Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.
  - *Investimento 2.2.1:* finanziamento di 2.700 borse aggiuntive in formazione di medicina generale.
  - *Investimento 2.2.2:* circa 294.000 corsi di formazione in infezioni ospedaliere.
  - *Investimento 2.2.3:* circa 6.500 corsi di formazione manageriale.
  - *Investimento 2.2.4:* 4.200 contratti di formazione medico-specialistica aggiuntivi.



Allegato 2

Tabelle localizzazione interventi

Per ciascun investimento della Componente 1, si riporta, il dettaglio delle informazioni relative alla localizzazione degli interventi (Comune, Provincia e Indirizzo) come evidenziato nella tabella seguente:

	Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona									
CUP	**ENTE del SSR**	**HUB/SPOKE [inserire HUB o SPOKE]**	**SUPERFICIE [MQ] Immobile**	**SUPERFICIE [MQ] Intervento**	**Utilizzo Si/No (*)**	**Comune**	**Provincia**	**Indirizzo**	**IMPORTO INTERVENTO PNRR**	**IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)**
F19J22000550006	*ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA*	HUB	*4800*	*1000*	si	*TORINO*	*TORINO*	*CIGNA ,74*	*2,227,950.00*	*0.00*
C44E21001680006	*ALESSANDRIA - RUP: TESTA MARIA ELENA*	HUB	*3630*	*950*	si	*OVADA*	*ALESSANDRIA*	*XXV Aprile ,22*	*1,485,300.00*	*0.00*
I89J21018540006	*CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA*	HUB	*4634*	*800*	si	*CEVA*	*CUNEO*	*XX Settembre ,3*	*1,235,300.00*	*0.00*
H84E22000600001	*TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO*	HUB	*10000*	*1100*	si	*SUSA*	*TORINO*	*CORSO INGHILTERRA ,66*	*1,513,828.20*	*0.00*
E24E21051010006	*TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI*	HUB	*13439*	*600*	si	*CASTELLAMONTE*	*TORINO*	*PIAZZA NENNI ,1*	*1,321,800.00*	*0.00*
F19J22000830006	*ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA*	HUB	*3000*	*1100*	si	*TORINO*	*TORINO*	*BORGOTICINO ,9*	*2,102,229.50*	*0.00*
E91B21011920006	*TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI*	HUB	*900*	*900*	no	*CHIVASSO*	*TORINO*	*MARCONI ,13*	*1,566,900.00*	*767,700.00*
H34E22001730001	*TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO*	HUB	*10000*	*1100*	si	*AVIGLIANA*	*TORINO*	*SANT'AGOSTINO ,45*	*676,792.43*	*0.00*
C48I21000980001	*BIELLA - RUP: BENEVENTO CORRADO*	HUB	*2746*	*1331*	no	*BIELLA*	*BIELLA*	*via Fecia di Cossato ,10*	*1,485,301.00*	*0.00*
C34E21002210006	*ALESSANDRIA - RUP: DEMARCHI PAOLO*	HUB	*1550*	*1000*	si	*TORTONA*	*ALESSANDRIA*	*Milazzo ,1*	*1,485,300.00*	*0.00*
C34E21002250006	*ALESSANDRIA - RUP: COSSU TOMASO*	HUB	*6473*	*1100*	si	*ALESSANDRIA*	*ALESSANDRIA*	*Pacinotti ,38*	*1,135,000.00*	*0.00*
E14E21049480006	*TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI*	HUB	*4963*	*874*	si	*CALUSO*	*TORINO*	*ROMA ,22*	*1,485,300.00*	*0.00*
E71B21011240006	*TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI*	HUB	*1900*	*700*	si	*IVREA*	*TORINO*	*COSTANTINO NIGRA ,35-37*	*1,474,500.00*	*0.00*
E41B21009040006	*TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI*	HUB	*800*	*800*	si	*CIRIÈ*	*TORINO*	*ALBERETTO ,10*	*2,183,600.00*	*0.00*
E34E21050190006	*TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI*	HUB	*4763*	*800*	no	*SETTIMO TORINESE*	*TORINO*	*LEINI' ,70*	*1,251,600.00*	*0.00*

E94E21044080006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	HUB	800	800	si	RIVAROLO CANAVESE	TORINO	PIAVE ,13	1,713,400.00	0.00
G37H21038010006	ASTI - RUP: FIORILLO ANDREA	HUB	6470	1200	no	ASTI	ASTI	Duca d'Aosta ,15	1,930,890.00	0.00
G77H21083520006	ASTI - RUP: FIORILLO ANDREA	HUB	880	880	no	VILLAFRANCA PIEMONTE	ASTI	Regione Piave ,2	1,287,260.00	0.00
G67H21029770006	ASTI - RUP: FIORILLO ANDREA	HUB	1430	930	si	CANELLI	ASTI	SOLFERINO ,124	1,237,750.00	0.00
C14E21001710006	ALESSANDRIA - RUP: OLIVIERI ROBERTO	HUB	4550	1455	si	ACQUI TERME	ALESSANDRIA	strada Alessandria ,1	1,485,300.00	0.00
H14E22002320001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	HUB	9000	1200	si	TORRE PELLICE	TORINO	MATTEO GAY ,34	1,438,394.39	0.00
H64E22000400001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	HUB	900	700	no	CAVOUR	TORINO	GOITRE ,SNC	2,718,517.12	0.00
D64E21002160001	VERCELLI - RUP: GIAMMARINARO GIUSEPPE	HUB	3590	800	si	VERCELLI	VERCELLI	VIA CROSA ,4	1,956,115.00	0.00
J44E22000090006	TORINO 5 - RUP: BACCARO ANGELA	HUB	1500	800	si	CARMAGNOLA	TORINO	Via Avvocato Ferrero ,24	960,000.00	0.00
G24E22000230005	CUNEO 2 - RUP: BIANCO FERRUCCIO	HUB	260	800	si	SANTO STEFANO BELBO	CUNEO	San Maurizio ,1	1,485,300.00	0.00
C28I21001410001	BIELLA - RUP: ZETTEL MAURIZIO	HUB	2605	2455	si	COSSATO	BIELLA	Via Pier Maffei ,59	1,485,301.00	0.00
G37H21038020006	ASTI - RUP: FIORILLO ANDREA	HUB	1000	1000	si	CALLIANO	ASTI	Galliano ,2-4	1,485,300.00	0.00
H14E22002310001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	HUB	2400	2400	si	VIGONE	TORINO	OSPEDALE ,1	1,440,300.00	0.00
C34E21002200006	ALESSANDRIA - RUP: BARIOGLIO OSCAR	HUB	6000	900	si	CASALE MONFERRATO	ALESSANDRIA	Cavour ,62/a	1,485,300.00	0.00
D84E21003120001	VERCELLI - RUP: REGGIO ALESSANDRO	HUB	6440	800	si	SANTHIÀ	VERCELLI	Corso Matteotti ,24	1,304,785.00	0.00
D44E21002600001	VERCELLI - RUP: REGGIO ALESSANDRO	HUB	7400	800	si	VARALLO	VERCELLI	VIA CALDERINI ,2	1,195,000.00	0.00
I48I21001600006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	HUB	2000	800	si	SAVIGLIANO	CUNEO	ospedali ,14	1,635,300.00	0.00
I48I21001590006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	HUB	1600	800	si	FOSSANO	CUNEO	Lancimano ,9	1,625,300.00	0.00
I99J21016330006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	HUB	800	799	no	MONDOVÌ	CUNEO	Via Torino ,2	1,945,300.00	0.00
I29J21016490006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	HUB	640	800	no	VERZUOLO	CUNEO	Piazza Willy Burgo ,4	1,735,300.00	0.00
I19J21016660006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	HUB	26356	800	si	SALUZZO	CUNEO	Spielberg ,58	1,245,300.00	0.00
I69J21017600006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	HUB	3468	800	si	DRONERO	CUNEO	Pasubio ,7	1,355,300.00	0.00
B63D21015140006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	HUB	800	800	no	DOMODOSSOLA	VERBANO-CUSIO-OSSOLA	Via Pietro Nenni ,snc	3,472,993.24	0.00
B55F21008100006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	HUB	1000	1000	no	VERBANIA	VERBANO-CUSIO-OSSOLA	Via Sant'Anna	608,456.76	0.00
B13D21011500006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	HUB		1000	si	OMEGNA	VERBANO-CUSIO-OSSOLA	Via Mazzini ,96	374,450.00	0.00
H84E22000580001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	HUB	6000	1000	si	COLLEGNO	TORINO	TORINO ,1	1,758,011.94	0.00
H84E22000590001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	HUB		1100	si	ORBASSANO	TORINO	PIAZZA CARLO ALBERTO DALLA CHIESA ,1	1,422,171.21	0.00
H34E22001720001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	HUB	800	800	si	VENARIA REALE	TORINO	VIA SILVA ,8	1,731,698.46	0.00
H24E22000380001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	HUB	4000	900	si	GRUGLIASCO	TORINO	TIZIANO LANZA ,52	893,210.15	0.00
F19J22000630006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	2416	870	si	TORINO	TORINO	CORSO CORSICA ,55	1,434,729.62	0.00
F19J22000610006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	3980	830	si	TORINO	TORINO	MONGINEVRO ,130	1,650,685.62	0.00
F19J22000580006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	3293	1520	si	TORINO	TORINO	MONTANARO ,60	1,994,345.50	0.00
F19J22000570006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	6390	940	si	TORINO	TORINO	Lungo Dora Savona ,26	1,640,591.44	0.00

F19J22000520006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	4000	1140	si	TORINO	TORINO	via Pacchiotti ,4	1,838,903.90	0.00
F19J22000540006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	4800	1000	si	TORINO	TORINO	CIGNA ,74	2,227,950.00	0.00
F19J22000560006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	8363	920	si	TORINO	TORINO	BOTTICELLI ,130	1,131,696.10	0.00
F19J22000590006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	1688	1000	si	TORINO	TORINO	CAVEZZALE ,6	1,829,597.63	0.00
F19J22000600006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	4791	1270	si	TORINO	TORINO	GORIZIA ,114	1,319,914.38	0.00
F19J22000650006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	19012	850	si	TORINO	TORINO	VIA SAN SECONDO ,29 BIS	1,191,572.75	0.00
F19J22000660006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	2834	1620	si	TORINO	TORINO	SILVIO PELLICO ,28	545,500.50	0.00
F19J22000530006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	4000	813	no	TORINO	TORINO	STRADA VILLAR DORA ,220	0.00	1,485,300.00
C64E21001870006	ALESSANDRIA - RUP: TESTA MARIA ELENA	HUB	2400	930	si	NOVI LIGURE	ALESSANDRIA	Papa Giovanni XXIII ,1	1,485,300.00	0.00
C94E21001320006	ALESSANDRIA - RUP: BOMBINO DOMENICO	HUB	2350	830	si	ARQUATA SCRIVIA	ALESSANDRIA	Libarna ,267	1,085,300.00	0.00
F19J22000680006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	3769	800	si	TORINO	TORINO	VIA SPALATO ,15	1,299,124.50	0.00
F84E21009950006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	HUB	2865	600	si	TRECATE	NOVARA	Rugiada ,20	43,066.71	0.00
F24E21006480006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	HUB	5385	900	si	ARONA	NOVARA	San Carlo ,4	773.430,07	0.00
F14E21006690006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	HUB	2176	980	si	NOVARA	NOVARA	V.le Roma ,7	1,485,300.00	0.00
F94E21005230006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	HUB	2300	800	si	BORGOMANERO	NOVARA	Gozzano ,5	1,485,300.00	0.00
F84E21009940006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	HUB	1200	980	no	GALLIATE	NOVARA	Varzi ,19	1,485,300.00	0.00
E14E21049470006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	HUB	1050	1050	si	LANZO TORINESE	TORINO	REGIONE CATES ,36	1,065,900.00	0.00
E34E21050200006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	HUB	2178	800	si	LEINÌ	TORINO	PIAZZA MADONNINA ,1	487,500.00	0.00
E51B21009300006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	HUB	1000	1000	si	SAN MAURO TORINESE	TORINO	SPERANZA ,31	2,302,500.00	226,034.62
C57H21009800006	ALESSANDRIA - RUP: BARIOGLIO OSCAR	HUB	5000	900	si	TRINO	VERCELLI	Ortigara ,4	1,485,300.00	0.00
J74E22000200006	TORINO 5 - RUP: CALAVITA FABRIZIO	HUB	3090	800	si	POIRINO	TORINO	GAIDANO ,4	857,112.50	0.00
J91B22000270006	TORINO 5 - RUP: CALAVITA FABRIZIO	HUB	800	800	no	TROFARELLO	TORINO	TOGLIATTI ,snc	1,976,562.50	0.00
J21B22000360006	TORINO 5 - RUP: CALAVITA FABRIZIO	HUB	800	800	no	CASTELNUOVO DON BOSCO	ASTI	ALDO MORO ,snc	1,976,562.50	0.00
J94E22000840006	TORINO 5 - RUP: CALAVITA FABRIZIO	HUB	450	800	no	LA LOGGIA	TORINO	IV NOVEMBRE ,6	1,285,000.00	0.00
J21B22000370006	TORINO 5 - RUP: CALAVITA FABRIZIO	HUB	800	800	no	VINOVO	TORINO	VADONE ,SNC	1,856,562,50	0.00
C77H21006940001	BIELLA - RUP: FURNO SOLA ALESSIA	HUB	825	825	no	TRIVERO	BIELLA	Fraz. Ponzone ,259A	1,485,300.00	0.00
I39J21018590006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	HUB	1400	1400	si	BORGO SAN DALMAZZO	CUNEO	Piazza don Raimondo viale,2	1,185,300.00	0.00
I59J21020010006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	HUB	1604	800	no	DOGLIANI	CUNEO	Trieste ,1	1,405,300.00	0.00
H21B22000780001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	HUB	5000	1100	si	RIVOLI	TORINO	CORSO FRANCIA ,98	1,695,349.11	0.00
H74E22000940001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	HUB	4000	1100	si	ALPIGNANO	TORINO	BONESCHI ,26	1,050,000.00	0.00
F19J22000640006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	HUB	3208	878	si	TORINO	TORINO	DELLA CONSOLATA ,10	1,330,008.56	0.00

C61B21013760006	ALESSANDRIA - RUP: CANTIELLO ROBERTO	HUB		1500	no	VALENZA	ALESSANDRIA	Circonvallazione Ovest ,24/28	2,235,300.00	0.00
F44E21003730006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	HUB	1200	900	si	GHEMME	NOVARA	al Castello ,7	1,054,166.00	0.00
F31B21006550006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	HUB	1800	1800	no	OLEGGIO	NOVARA	Momo ,s.n.c.	4,070,540,22	0,00

Dati relativi alla linea d'investimento 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona

	Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)								
CUP	**ENTE del SSR**	**SUPERFICIE [MQ] Immobile**	**SUPERFICIE [MQ] Intervento**	**Utilizzo Si/No (*)**	**Comune**	**Provincia**	**Indirizzo**	**IMPORTO INTERVENTO PNRR**	**IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)**
D37H21009850001	VERCELLI - RUP: REGGIO ALESSANDRO	743	150	si	SERRAVALLE SESIA	VERCELLI	VIA ROMA ,17	141,075.00	0.00
E41B21016710006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	160	100	no	CIRIÈ	TORINO	ALBERETTO ,10	292,150.00	0.00
E24E21051030006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	13439	110	si	CASTELLAMONTE	TORINO	PIAZZA NENNI ,1	149,478.82	0.00
E71B21011250006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	4800	110	si	IVREA	TORINO	VIA GINZBURG ,7	43,001.30	0.00
E34E21050210006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	4763	110	si	SETTIMO TORINESE	TORINO	VIA LEINI ,70	195,144.51	0.00
G39J21025250006	ASTI - RUP: FIORILLO ANDREA	6470	150	si	ASTI	ASTI	Duca d'Aosta ,15	173,075.00	0.00
G69J21020000006	ASTI - RUP: FIORILLO ANDREA	1430	150	si	CANELLI	ASTI	SOLFERINO ,124	173,075.00	0.00
C14E21001720006	ALESSANDRIA - RUP: OLIVIERI ROBERTO	4550	160	si	ACQUI TERME	ALESSANDRIA	Strada Alessandria ,1	153,250.00	0.00
H14E22002380001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	10900	220	no	PINEROLO	TORINO	STRADA FENESTRELLE ,72	160,995.46	0.00
C34E21002240006	ALESSANDRIA - RUP: COSSU TOMASO	6473	120	si	ALESSANDRIA	ALESSANDRIA	Via Pacinotti ,38	170,200.00	0.00
J54E22000300006	TORINO 5 - RUP: BACCARO ANGELA	15000	149	si	CHIERI	TORINO	Piazza Silvio Pellico ,1	100,000.00	0.00
G84E22000000001	CUNEO 2 - RUP: BIANCO FERRUCCIO	28500	150	no	ALBA	CUNEO	Pietrino Belli ,26	173,060.00	0.00
G74E22000060005	CUNEO 2 - RUP: BIANCO FERRUCCIO	18700	150	si	BRA	CUNEO	Vittorio Emanuele ,3	173,060.00	0.00
J11B22000660006	TORINO 5 - RUP: CALAVITA FABRIZIO	1250	150	si	NICHELINO	TORINO	DEBOUCHE' ,SNC	254,225.00	0.00
E91B21011950006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	540	110	no	CHIVASSO	TORINO	MARCONI ,13	140,114.67	0.00
C28I21001420001	BIELLA - RUP: ZETTEL MAURIZIO	2605	150	si	COSSATO	BIELLA	Via Pier Maffei ,59	170,706.90	0.00
C37H21011610006	ALESSANDRIA - RUP: BARIOGLIO OSCAR	60000	150	si	CASALE MONFERRATO	ALESSANDRIA	Cavour ,62/a	187,500.00	0.00
F14E21006700006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	1850	100	si	NOVARA	NOVARA	Viale Roma ,7	256.604,46	0.00
D67H21009390001	VERCELLI - RUP: REGGIO ALESSANDRO	3590	150	si	VERCELLI	VERCELLI	VIA CROSA ,4	285,475.00	0.00
I19J21016700006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	26356	150	si	SALUZZO	CUNEO	Spielberg ,58	178,707.95	0.00
I29J21016500006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	1858	150	si	CUNEO	CUNEO	Corso Francia ,10	167.442,05	0.00
I99J21016380006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	69163	150	no	MONDOVÌ	CUNEO	Strada San Rochetto ,99	173,075.00	0.00
I49J21016760006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	5035	149	si	SAVIGLIANO	CUNEO	Torino ,143	173,075.00	0.00
B14E21014580006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	2637	150	si	OMEGNA	VERBANO-CUSIO-OSSOLA	Via Mazzini ,117	74,000.00	0.00
H84E22000700001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	10000	150	si	COLLEGNO	TORINO	VIA TORINO ,1	173,075.00	0.00
H34E22001830001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	10000	150	si	AVIGLIANA	TORINO	VIA SANT'AGOSTINO ,5	173,075.00	0.00
H84E22000710001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	1000	150	si	ORBASSANO	TORINO	STRADA RIVALTA ,50	173,075.00	0.00
H34E22001810001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	10000	150	si	VENARIA REALE	TORINO	DON SAPINO ,152	173,075.00	0.00
H84E22000720001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	10000	150	si	SUSA	TORINO	CORSO INGHILTERRA ,66	290,044.93	0.00
C48I21001000001	BIELLA - RUP: BENEVENTO CORRADO	150	150	no	BIELLA	BIELLA	via Fecia di Cossato ,10	171,638,63	0.00
F17H21010520006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	11786	150	si	TORINO	TORINO	SILVIO PELLICO ,19	162,655.23	0.00

F17H21010560006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	3870	150	si	TORINO	TORINO	PACCHIOTTI ,4	173,075.00	0.00
F17H21010540006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	4800	150	no	TORINO	TORINO	CIGNA ,74	173,075.00	0.00
F17H21010570006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	8363	150	si	TORINO	TORINO	BOTTICELLI ,130	173,075.00	0.00
F17H21010550006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	4800	150	si	TORINO	TORINO	CIGNA ,74	173,075.00	0.00
F17H21010510006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	6648	150	si	TORINO	TORINO	FARINELLI ,25	218,231.80	0.00
F17H21010530006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	4800	150	no	TORINO	TORINO	VIA CIGNA ,74	173,075.00	0.00
F19J21017490006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	5680	150	si	TORINO	TORINO	via legnano ,5	138,337.95	0.00
F94E21005240006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	2300	100	si	BORGOMANERO	NOVARA	Gozzano ,5	173,075.00	0.00
J24E22000120006	TORINO 5 - RUP: BACCARO ANGELA	1750	150	si	MONCALIERI	TORINO	Strada Vignotto ,23	165,000.00	0.00
F19J22000970006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	1000	150	si	TORINO	TORINO	DEGLI ABETI ,16	173,075.00	0.00
C34E21002220006	ALESSANDRIA - RUP: DEMARCHI PAOLO	1551	200	si	TORTONA	ALESSANDRIA	Via Milazzo ,1	148,200.00	0.00
F84E21009960006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	4500	150	si	GALLIATE	NOVARA	Cottolengo ,2	85,759.54	0.00

Dati relativi alla linea d'investimento 1.2 Case come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)

	Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Device		
CUP	Soggetto richiedente (Regione o ASL)	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
H14E22002590001	TO3 - RUP: PARIGI OLIVIA	580,297.13	0.00
C39I22000140001	ALESSANDRIA - RUP: SCARAMUZZINO SALVATORE	386,865.40	0.00
F94E22000490006	NOVARA - RUP: FALETTI CARLO	290,148.57	0.00
E94E22000230006	TORINO 4 - RUP: NOTARRIGO ERIS	483,580.94	0.00
G61B21011240005	CUNEO 2 - RUP: CERRATO MARCO	193,432.38	0.00
B16G22017620006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	96,716.18	0.00
C44E22000320001	BIELLA - RUP: PETTI ALBERTO	193,432.37	0.00
D64E22000280001	VERCELLI - RUP: LEPORATI DAVIDE	193,432.38	0.00
J54E22000470006	TORINO 5 - RUP: LAURA BIANCO	290,148.57	0.00
F19I21000070001	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PRATO GIUSEPPE	870,445.70	0.00
I74E22000180006	CUNEO 1 - RUP: GELLI MAURIZIO	386,864.75	0.00
G34E21003780006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	193,432.38	0.00

Dati relativi alla linea d'investimento 1.2 Case come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) - Device

	Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) – Interconnessione		
CUP	Soggetto richiedente (Regione o ASL)	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
J69I22000070006	REGIONE PIEMONTE - RUP: RUGGERI ANTONINO	3,056,072.71	0.00

Dati relativi alla linea d'investimento 1.2 Case come primo luogo di cura e telemedicina 1.2.2 Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) - Interconnessione

	Investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)								
CUP	ENTE del SSR	SUPERFICIE [MQ] Immobile	SUPERFICIE [MQ] Intervento	Utilizzo Si/No (*))	Comune	Provincia	Indirizzo	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
G39J21025240006	ASTI - RUP: FIORILLO ANDREA	6470	1150	si	ASTI	ASTI	Duca d'Aosta ,15	2,460,498.00	0.00
E24E21051020006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	13439	1020	si	CASTELLAMONTE	TORINO	PIAZZA PIETRO NENNI ,1	2,114,109.00	0.00
E74E21049120006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	1900	1200	si	IVREA	TORINO	CORSO COSTANTINO NIGRA ,35-37	2,722,756.00	0.00
H44E22000600001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	9000	2000	no	TORRE PELLICE	TORINO	MATTEO GAY ,34	3,744,594.20	0.00
H84E22000570001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	6000	2900	no	POMARETTO	TORINO	MAGGIORE RIBET ,2	2,723,934.90	0.00

D84E21003110001	VERCELLI - RUP: GIAMMARINARO GIUSEPPE	13600	1100	si	GATTINARA	VERCELLI	CORSO VERCELLI ,159	2,460,498.00	0.00
J34E22000110006	TORINO 5 - RUP: CALAVITA FABRIZIO	4000	1100	si	CARIGNANO	TORINO	SAN REMIGIO ,48	2,460,498.00	0.00
I19J21016650006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	22330	1100	si	SALUZZO	CUNEO	Spielberg ,58	2,460,498.00	0.00
I89J21018530006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	15888	1100	no	CEVA	CUNEO	San Bernardino ,4	2,060,498.00	0.00
F18I21004920006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: MARIA TERESA LOMBARDI	1350	1350	no	TORINO	TORINO	Corso Svizzera ,164	2,460,498.00	0.00
H34E22001750001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	10000	1200	si	VENARIA REALE	TORINO	VIA DON SAPINO ,153	912,964.90	0.00
H64E22000410001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	10000	1200	si	GIAVENO	TORINO	SEMINARIO ,45	2,460,498.00	0.00
C48I21000990001	BIELLA - RUP: BENEVENTO CORRADO	1265	1265	no	BIELLA	BIELLA	via Fecia di Cossato ,10	2,460,498.00	0.00
F19J22000710006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	20000	1100	si	TORINO	TORINO	FARINELLI ,25	1,964,160.00	0.00
F19J22000790006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	4800	1100	si	TORINO	TORINO	CIGNA ,74	3,033,174.00	0.00
F19J22000700006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	11786	1222	si	TORINO	TORINO	SILVIO PELLICO ,19	1,887,822.00	0.00
F19J22000690006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	4800	1100	si	TORINO	TORINO	CIGNA ,74	3,056,836.00	0.00
F19J22000800006	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PASTORE ANTONIETTA	8363	1100	si	TORINO	TORINO	BOTTICELLI ,130	2,360,498.00	0.00
C64E21001860006	ALESSANDRIA - RUP: BERTOLANI GIANFRANCO	2170	1595	no	NOVI LIGURE	ALESSANDRIA	salita della Bricchetta ,1	1,960,498.00	0.00
C37H21011600006	ALESSANDRIA - RUP: PETRUZZELLA ANGELO	70300	1510	si	CASALE MONFERRATO	ALESSANDRIA	Via Giolitti ,2	2,460,498.00	0.00
F94E21005220006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	2300	1100	si	BORGOMANERO	NOVARA	Gozzano ,5	2,460,498.00	0.00
F14E21006680006	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	1850	1100	si	NOVARA	NOVARA	V.le Roma ,7	2,460,498.00	0.00
E54E21039790006	TORINO 4 - RUP: RIZZO GIOVANNI	1050	1050	si	CRESCENTINO	VERCELLI	GIOTTO ,2	2,544,629.00	0.00
J11B22000650006	TORINO 5 - RUP: CALAVITA FABRIZIO	1100	1100	no	NICHELINO	TORINO	DEBOUCHE' ,snc	2,460,498.00	0.00
I29J21016480006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	4458	1100	si	CUNEO	CUNEO	VIALE FEDERICO MISTRAL ,1	2,860,498.00	0.00
B41B21007900006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO		1200	no	GRAVELLONA TOCE	VERBANO-CUSIO-OSSOLA	Stampa ,s.n.c.	2,460,498.00	0.00
C61B21013770006	ALESSANDRIA - RUP: CANTIELLO ROBERTO		1550	no	VALENZA	ALESSANDRIA	Circonvallazione Ovest ,24/28	2,960,000.00	0.00

Dati relativi alla linea d'investimento 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)

Per ciascun investimento della Componente 2, si riporta, laddove applicabile, il dettaglio delle informazioni relative alla localizzazione degli interventi (Comune, Provincia e Indirizzo) come evidenziato nella tabella seguente:

Tabella 4 - Dettaglio localizzazioni investimenti - Componente 2

	Investimento 1.1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA)						
CUP	**ENTE del SSR**	**Titolo Progetto**	**Presidio ospedaliero**	**DEA di I o II livello** *(I o II Livello)*	**Comune**	**IMPORTO INTERVENTO PNRR**	**IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)**
H25F22000460001	OSPEDALE DEGLI INFERMI - RUP: PARIGI OLIVA	AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO DELL'OSPEDALE DEGLI INFERMI DI RIVOLI	010032#Ospedale degli Infermi di Rivoli	DEA I	RIVOLI	3,711,087.05	0.00
H15F22000450001	OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI" - RUP: PARIGI OLIVA	AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO DELL'OSPEDALE E.AGNELLI DI PINEROLO	010030#Ospedale E.Agnelli Pinerolo	DEA I	PINEROLO	1,801,011.54	0.00
G91B21007830005	OSPEDALE MICHELE E PIETRO FERRERO - RUP: VIGLINO FABRIZIO	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale dell'ospedale e Michele e Pietro Ferrero con DEA di I livello al fine del raggiungimento del Livello 4 di informatizzazione	010038#Ospedale Michele e Pietro Ferrero	DEA I	VERDUNO	4,441,588.86	0.00
I94E22000200006	PRESIDIO UNIFICATO MONDOVI'- CEVA CN1 - RUP: SAGLIETTI ANDREA	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	010124#Presidio Ospedaliero Unificato Mondovì	DEA I	MONDOVI'	2,416,885.77	0.00

D64E22000270003	OSPEDALE SANT'ANDREA - RUP: LEPORATI DAVIDE	ASL Vercelli: adeguamento tecnologico ed informatizzazione del DEA	010009#Ospedale Sant'Andrea Vercelli	DEA I	VERCELLI	8,023,127.61	2,193,958.00
E44E22000340006	PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE' - RUP: NOTARRIGO ERIS	Aggiornamento piattaforma ERP completa di tutte le interfacce e approvvigionamenti per Livello 4 di informatizzazione	010019#PRESIDOP OSPED. RIUNITO CIRIE'	DEA I	CIRIE'	2,932,900.16	0.00
G14E22000300007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	SW GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI SALA OPERATORIA E MONITORAGGIO DM (Piattaforma applicativa di cartella clinica)	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA	DEA II	TORINO	4,757,564.74	0.00
H36G22000020006	AZ. SS. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO - RUP: DESERVANTI MATTEO	RINNOVAMENTO DELLE TECNOLOGIE ICT DEL PRESIDIO OSPEDALIERO CIVILE E INFANTILE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI ALESSANDRIA	010907#Azienda Ospedaliera S.S. Antonio e Biagio e C. Arrigo	DEA II	ALESSANDRIA	6,236,608.73	0.00
C19E22000000001	AZIENDA OSPED. NOVARA E GALLIATE - RUP: CAPRA SIMONA	REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO (SIO)	010905#Ospedale Maggiore della Carità di Novara	DEA II	NOVARA	5,745,859.85	0.00
I44E22000420006	PRESIDIO UNIFICATO SAVIGLIANO-SALUZZO CN - RUP: SAGLIETTI ANDREA	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	010126#Ospedale SS Annunziata Savigliano	DEA I	SAVIGLIANO	3,015,092.92	0.00
J59B22000010006	OSPEDALE SANTA CROCE - RUP: PETRUCCI PAOLO	Interventi vari di Transizione Digitale (ai sensi del CAD)	010004#OSPEDALE MAGGIORE DI CHIERI E SANTA CROCE	DEA I	CHIERI	3,749,875.19	0.00
E94E22000240006	OSPEDALE CIVICO CHIVASSO - RUP: NOTARRIGO ERIS	Aggiornamento piattaforma ERP completa di tutte le interfacce e approvvigionamenti per Livello 4 di informatizzazione	010017#Ospedale Civico Chivasso	DEA I	CHIVASSO	2,702,892.22	0.00
E89I22000050006	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA - RUP: CANNIZZO MARCO	DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI CLINICO ASSISTENZIALI PER ASSICURARE UN LIVELLO 4 DI INFORMATIZZAZIONE	010904#AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	DEA I	ORBASSANO	4,002,254.67	0.00
F17H22001230001	OSPEDALE MARIA VITTORIA - RUP: PENSALFINI FRANCESCO	Piattaforma integrata per la digitalizzazione dei processi sanitari ospedalieri	01000300#OSPEDALE MARIA VITTORIA	DEA I	TORINO	3,029,506.54	0.00
F17H22001240001	OSPEDALE MARTINI - RUP: PENSALFINI FRANCESCO	Piattaforma integrata per la digitalizzazione dei processi sanitari ospedalieri	01000700#OSPEDALE MARTINI	DEA I	TORINO	3,051,064.01	0.00
G16G22000070005	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO - RUP: TORRENGO SILVIA	Cartella clinica elettronica ospedaliera	010908#Ospedale Mauriziano Umberto I - Torino	DEA II	TORINO	5,805,825.77	0.00
C39I21000040001	OSPEDALE SAN GIACOMO - NOVI LIGURE - RUP: POZZI ROBERTO	AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO del PPOO "San Giacomo" di Novi Ligure e "Santo Spirito" di Casale Monferrato	010026#Ospedale San Giacomo ed Ospedale Santo Spirito	DEA I	NOVI LIGURE	4,167,511.20	0.00
E74E22000330006	OSPEDALE CIVILE DI IVREA - RUP: NOTARRIGO ERIS	Aggiornamento piattaforma ERP completa di tutte le interfacce e approvvigionamenti per Livello 4 di informatizzazione	010023#OSPEDALE CIVILE DI IVREA	DEA I	IVREA	2.953.622.11	0.00
F17H22001250001	TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO - RUP: PENSALFINI FRANCESCO	Piattaforma integrata per la digitalizzazione dei processi sanitari ospedalieri	01001100#OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO	DEA II	TORINO	4,086,462.61	0.00
F96G22000400006	ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO - RUP: FALETTI CARLO	AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE P.O. BORGOMANERO	010006#ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO	DEA I	BORGOMANERO	3,773,260.36	0.00
B16G22017610006	OSPEDALE UNICO PLURISEDE - RUP: FEMIA BENEDETTO	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ASL VCO - OSPEDALE UNICO PLURISEDE	010005#OspedaleUnicoPlurisede	DEA I	OMEGNA	3.486.853.53	0.00
C24E22000610001	OSPEDALE DEGLI INFERMI - RUP:ZETTEL MAURIZIO	DIGITALIZZAZIONE DEA I CON FINANZIAMENTI PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)	010079#OSPEDALE DELGLI INFERMI	DEA I	PONDERANO	3,556,566.32	0.00
G34E21003790006	PRESIDIO OSP. CARDINAL G.MASSAIA - RUP: DE GIOVANNI PAOLO	AMMODERNAMENTO DELLE TECNOLOGIE PER LA DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI CLINICI OSPEDALIERI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	DEA I	ASTI	3,960,715.88	0.00
B24E22000440001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: BERTAINA FIORENZO	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	010006#OspedaleSCroce	DEA II	CUNEO	4,927,671.91	0.00

Dati relativi alla linea d'investimento 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA)

	Investimento 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)						
CUP	ENTE del SSR	Grande Apparecchiature	Presidio	Unità operativa	Comune	IMPORTO INTERVENTO PNRR	IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)
E99J22001230006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	ECOTOMOGRAFI	01001700#OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	Radiologia	Chivasso	34,912.50	0.00

G76G22000050005	CUNEO 2 - RUP: CERRATO MARCO	MAMMOGRAFI	001255#Casa della salute di Bra	S.C. Radiodiagnostica	Bra	214,720.00	0.00
E89J22001600006	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA - RUP: PUPPATO DANIELE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010904#AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	Radiodiagnostica	Orbassano	193,350.06	0.00
E89J22001640006	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA - RUP: PUPPATO DANIELE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010904#AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	Radiodiagnostica	Orbassano	36,221.80	0.00
E89J22001610006	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA - RUP: PUPPATO DANIELE	GAMMA CAMERE/TAC	010904#AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	Medicina Nucleare	Orbassano	705,584.00	0.00
E89J22001660006	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA - RUP: PUPPATO DANIELE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010904#AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	Radiodiagnostica	Orbassano	48,800.00	0.00
E89J22001630006	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA - RUP: PUPPATO DANIELE	ECOTOMOGRAFI	010904#AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	Cardiologia	Orbassano	69,637.05	0.00
E89I22000340006	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA - RUP: PUPPATO DANIELE	ANGIOGRAFI	010904#AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	Cardiologia	Orbassano	623,417.07	0.00
E89J22001590006	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA - RUP: PUPPATO DANIELE	ACCELERATORI LINEARI	010904#AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIGI GONZAGA	Radioterapia	Orbassano	2,250,140.64	354,073.36
H29J22001240001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	ECOTOMOGRAFI	01007901#Ospedale degli Infermi	DEA	Rivoli	35,278.95	0.00
H39J22000720001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	TAC A 128 STRATI	01007901#OSPEDALE DEGLI INFERMI	TAC	Rivoli	577,625.00	0.00
H59J22001000001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	MAMMOGRAFI	01007901#OSPEDALE DEGLI INFERMI	Prevenzione Serena	Rivoli	173,918.32	0.00
H59J22001010001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01003003#OSPEDALE DI POMARETTO	Radiologia	Pomaretto	185,432.77	39,857.23
H69J22001300001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01007902#OSPEDALE CIVILE DI GIAVENO	Radiologia	Giaveno	185,432.77	39,857.23
H19J22000940001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	TAC A 128 STRATI	01003001#OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	Radiologia - TAC	Pinerolo	577,625.00	0.00
H39J22000730001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	ECOTOMOGRAFI	01003001#OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	DEA	Pinerolo	35,278.95	0.00
H19J22000990001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	ECOTOMOGRAFI	01003001#OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	Ecografia	Pinerolo	45,601.50	0.00
H29J22001250001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	ECOTOMOGRAFI	01007901#OSPEDALE DEGLI INFERMI	Radiologia	Rivoli	45,601.50	0.00
H19J22001010001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	ECOTOMOGRAFI	01003001#OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	Cardiologia reparto	Pinerolo	78,907.50	0.00
H19J22001000001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	ECOTOMOGRAFI	01003001#OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"	DAILY E WEEKLY SURGERY	Pinerolo	56,742.00	0.00
H39J22001390001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	MAMMOGRAFI	01007905#OSPEDALE DI VENARIA	Radiologia	Venaria	173,118.00	0.00
H84E22001330001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01007904#OSPEDALE CIVILE DI SUSA	Radiologia	Susa	277,697.62	0.00
E79J22001150006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	ACCELERATORI LINEARI	01002301#OSPEDALE CIVILE DI IVREA	RADIOTERAPIA	Ivrea	2,000,000.00	0.00
E79J22001210006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	ECOTOMOGRAFI	000138#POLIAMBULATORIO CUORGNE'	Ambulatorio Cardiologia	Cuorgnè	72,787.05	0.00
E79J22001180006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	MAMMOGRAFI	01002301#OSPEDALE CIVILE DI IVREA	Radiologia	Ivrea	150,975.00	0.00
E49J22001270006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01001901#PRESIDI OSPEDALIERI RIUNITI A.S.L. 6 CIRIE'	Radiologia	Ciriè	274,114.00	43,746.00
E49J22001210006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	TAC A 128 STRATI	01001901#PRESIDI OSPEDALIERI RIUNITI A.S.L. 6 CIRIE'	Radiologia	Ciriè	584,500.00	0.00
E49J22001240006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	MAMMOGRAFI	01001901#PRESIDI OSPEDALIERI RIUNITI A.S.L. 6 CIRIE'	Radiologia	Ciriè	196,664.93	39,310.07
E49J22001250006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	ANGIOGRAFI	01001901#PRESIDI OSPEDALIERI RIUNITI A.S.L. 6 CIRIE'	Cardiologia	Ciriè	656,061.74	50,316.26
E39J22001810006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	ECOTOMOGRAFI	01002304# OSPEDALE SETTIMO	Radiologia	Settimo T.se	34,912.50	0.00
E79J22001220006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	ECOTOMOGRAFI	01002301#OSPEDALE CIVILE DI IVREA	Ambulatorio Cardiologia	Ivrea	72,787.05	0.00
E99J22001180006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01001700#OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	Radiologia	Chivasso	325,024.60	0.00
E99J22001200006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01001700#OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	Radiologia	Chivasso	213,479.63	0.00

E79J22001190006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	ANGIOGRAFI	01002301#OSPEDALE CIVILE DI IVREA	Cardiologia	Ivrea	740,989.00	0.00
E49J22001260006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01001901#PRESIDI OSPEDALIERI RIUNITI A.S.L. 6 CIRIE'	Radiologia	Ciriè	284,114.00	43,746.00
E79J22001160006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	GAMMA CAMERE	01002301#OSPEDALE CIVILE DI IVREA	MEDICINA NUCLEARE	Ivrea	386,240.00	0.00
E99J22001190006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01001700#OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	Radiologia	Chivasso	274,114.00	50,138.80
E99J22001170006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	MAMMOGRAFI	01001700#OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	Radiologia	Chivasso	196,664.93	14,310.07
E79J22001200006	TORINO 4 - RUP: MASOERO PIERANGELO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01002301#OSPEDALE CIVILE DI IVREA	Radiologia	Ivrea	274,114.00	0.00
D89J22001130001	VERCELLI - RUP: GIAMMARINARO GIUSEPPE	MAMMOGRAFI	010009#Ospedale SS. Pietro e Paolo	Radiologia - Radiodiagnostica	Borgosesia	185,318.00	0.00
G19J22001230007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	GAMMA CAMERE	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Medicina Nucleare Universitaria	Torino	864,243.12	9,196.88
G19J22001350007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ECOTOMOGRAFI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Medicina Interna 5	Torino	39,033.75	0.00
G19J22001310007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Radiologia 3	Torino	186,432.77	149,122.74
G19J22001330007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ECOTOMOGRAFI	01090906#OSPEDALE OSTETRICO GINECOLOGICO SANT'ANNA	Ecografia e Diagnosi Prenatale	Torino	76,889.11	0.00
G19J22001110007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	TAC A 128 STRATI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA	Neuroradiologia Interventistica Universitaria	Torino	445,128.27	288,728.46
G19J22001370007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ECOTOMOGRAFI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Cardiologia U	Torino	62,769.00	0.00
G19J22001320007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01090904#OSPEDALE CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO	Radiologia CTO	Torino	357,421.87	206,802.74
G19J22001210007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ACCELERATORI LINEARI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA	Radioterapia Universitaria	Torino	2,400,972.04	105,810.92
G19J22001240007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	MAMMOGRAFI	01090901#OSP.S. GIOV.BATTISTA MOLINETTE	Radiologia Universitaria	Torino	317,139.93	23,010.95
G19J22001220007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ACCELERATORI LINEARI	01090906#OSPEDALE OSTETRICO GINECOLOGICO SANT'ANNA	Radioterapia Universitaria	Torino	2,254,816.04	145,094.32
G19J22001130007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ACCELERATORI LINEARI	01090903#OSPEDALE SAN GIOVANNI ANTICA SEDE	Radioterapia Universitaria	Torino	2,352,172.04	75,162.87
G19J22001280007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ANGIOGRAFI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Radiologia Universitaria	Torino	641,958.54	120,523.96
G19J22001340007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ECOTOMOGRAFI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Radiologia Universitaria	Torino	51,654.75	0.00
G19J22001260007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	MAMMOGRAFI	01090901#OSP.S. GIOV.BATTISTA MOLINETTE	Radiologia Universitaria	Torino	317,139.93	23,010.95
G19J22001270007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ANGIOGRAFI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Radiologia Universitaria	Torino	641,958.54	191,854.44
G19J22001300007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Radiologia Universitaria	Torino	220,495.57	23,504.43

G19J22001250007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	MAMMOGRAFI	01090906#OSP. OSTETR. GINECOLOG. SANT'ANNA	Radiologia Sant'Anna	Torino	317,139.93	45,729.91
G19J22001360007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	ECOTOMOGRAFI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Cardiologia U	Torino	75,757.50	0.00
G19J22001290007	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: FERRO PATRIZIA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01090901#OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	Radiologia Universitaria	Torino	237,684.00	21,545.00
H39I21000050002	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	PET/TAC	01090701#OSP. SS ANTONIO E BIAGIO	SC MEDICINA NUCLEARE	Alessandria	1,927,553.00	0.00
H39J21015880001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	RMN A 1,5 T	01090701#OSP.CIVILE SS ANTONIO E BIAGIO	SC RADIODIAGNOSTICA	Alessandria	1,020,018.00	34,854.00
H39J21015870001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	TAC A 128 STRATI	01090701#OSP.CIVILE SS ANTONIO E BIAGIO	SC RADIODIAGNOSTICA	Alessandria	543,340.20	37,385.80
H39J21015890001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	RMN A 1,5 T	01090701#OSP.CIVILE SS ANTONIO E BIAGIO	SC RADIODIAGNOSTICA	Alessandria	543,3400,2	37,385.80
H39J21015900001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	ACCELERATORI LINEARI	01090701#OSP.CIVILE SS ANTONIO E BIAGIO	S.C. Radioterapia	Alessandria	2,581,417.00	130,854.00
H39J21015910001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	GAMMA CAMERE	01090701#OSP. SS ANTONIO E BIAGIO	SC MEDICINA NUCLEARE	Alessandria	657,269.00	137,141.00
H39J21015940001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	ECOTOMOGRAFI	01090701#OSP. SS ANTONIO E BIAGIO	SC MEDICINA GENERALE	Alessandria	21,551.00	0.00
H39J21015930001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	ECOTOMOGRAFI	01090701#OSP. SS ANTONIO E BIAGIO	SC NEFROLOGIA E DIALISI	Alessandria	25,988.00	0.00
H39J21015950001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01090702#OSP. INFANTILE C. ARRIGO	SC RADIOLOGIA PEDIATRICA	Alessandria	312,030.00	26,230.00
H39J21015960001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01090702#OSP. INFANTILE C. ARRIGO	SC RADIODIAGNOSTICA	Alessandria	26,462.00	0.00
H39J21015920001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: MAROCCO GIANLUCA	ECOTOMOGRAFI	01090701#OSP. SS ANTONIO E BIAGIO	SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA	Alessandria	26,224.00	0.00
B29J22002040001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RADIOTERAPIA	Cuneo	76,369.41	833.33
B29J22001980001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	GAMMA CAMERE/TAC	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	MEDICINA NUCLEARE	Cuneo	1,062,847.15	152,751.95
B29J22002050001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	ENDOCRINOLOGIA	Cuneo	79,600.50	0.00
B29J22002090001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	NEUROLOGIA	Cuneo	56,016.42	833.33
B29J22001930001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	TAC A 128 STRATI	000906#Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle	RADIOLOGIA	Cuneo	513,832.67	20,447.33
B29J22002080001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RADIOLOGIA	Cuneo	70,569.42	833.33
B29J22002010001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	Ostetricia e ginecologia - Sala parto	Cuneo	52,171.32	833.33
B29J22002060001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	MEDICINA INTERNA A.CARLE	Cuneo	79,600.50	0.00
B29J22001730001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RADIOLOGIA	Cuneo	277,812.09	2,787.91
B24E22000550001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ACCELERATORI LINEARI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RADIOTERAPIA	Cuneo	2,104,096.00	0.00
B29J22002000001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	CHIRURGIA VASCOLARE	Cuneo	80,962.05	0.00

B29J22001720001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RADIOLOGIA	Cuneo	229,175.57	14,824.43
B29J22001950001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	Cuneo	41,888.67	833.33
B29J22001990001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	AMBULATORIO CARDIOLOGIA	Cuneo	79,937.25	0.00
B29J22001630001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ANGIOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	Dipartimento di Emergenza ed Aree Critiche	Cuneo	849,683.74	380,316.26
B29J22001610001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	GAMMA CAMERE	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	MEDICINA NUCLEARE	Cuneo	525,000.00	0.00
B29J22001940001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	CHIRURGIA VASCOLARE	Cuneo	41,888.67	833.33
B28I22000100001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	TAC A 128 STRATI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RADIOLOGIA	Cuneo	534,280.00	0.00
B29J22001970001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	GAMMA CAMERE/TAC	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	MEDICINA NUCLEARE	Cuneo	793,000.00	0.00
B29J22002070001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	SALA OPERATORIA CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	Cuneo	80,067.75	0.00
B29J22002030001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	MEDICINA NUCLEARE	Cuneo	44,392.92	833.33
B29J22001580001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	RMN A 1,5 T	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RADIOLOGIA	Cuneo	1,241,951.67	46,246.33
B24E22000560001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RADIOLOGIA	Cuneo	35,768.40	0.00
B29J22001960001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	AMBULATORIO CARDIOLOGIA	Cuneo	41,888.67	833.33
B29J22002020001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	Ostetricia e ginecologia - Sala parto	Cuneo	52,171.32	833.33
B29J22002100001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: CALVANO CLAUDIO	ECOTOMOGRAFI	000906#Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle	RADIOLOGIA	Cuneo	54,451.92	833.33
F39J21019490006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	ECOTOMOGRAFI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Oleggio	41,160.00	0.00
F19J21017950006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Novara	330,636.08	0,00
F99J21015260006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	ECOTOMOGRAFI	010208#ASLNO	CARDIOLOGIA	Borgomanero	70,140.00	0.00
F29J21014810006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Arona	222,040.00	0.00
F94E23000040006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Oleggio	244,000.00	0.00
F99J21015210006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	ANGIOGRAFI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Borgomanero	608,000.00	0.00
F99J21015230006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Borgomanero	217,587.00	0.00
F99J21015240006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Borgomanero	300,600.00	0.00
F29J21014830006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	ECOTOMOGRAFI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Arona	41,160.00	0.00
F19J21017990006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	ECOTOMOGRAFI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Novara	47,271.00	0.00
F39J21019480006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Oleggio	218,990.00	0.00
F29J21014820006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	ECOTOMOGRAFI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Arona	41,160.00	0.00
F99J21015250006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	ECOTOMOGRAFI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Borgomanero	41,160.00	0.00
F99J21015220006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Borgomanero	166,164.00	0.00
F19J21018040006	NOVARA - RUP: DE FANIS SIMONA	ECOTOMOGRAFI	010208#ASLNO	RADIOLOGIA	Novara	47,271.00	0.00
C89J22001490001	AZIENDA OSPED. NOVARA E GALLIATE - RUP: LUCIANO VILLARBOITO	MAMMOGRAFI	010905#AOU NOVARA	RADIODIAGNOSTICA	Galliate	145,912.00	0.00
C19J22001980001	AZIENDA OSPED. NOVARA E GALLIATE - RUP: LUCIANO VILLARBOITO	ACCELERATORI LINEARI	010905#AOU NOVARA	RADIOTERAPIA	Novara	2,148,672.00	0.00
B59J21030000006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	ECOTOMOGRAFI	01000502#STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	Cardiologia	Verbania	30,157.05	0.00

B69J21038610006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01000501#OSPEDALE SAN BIAGIO	Radiologia	Domodossola	233,138.00	0.00
B69J21038580006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01000501#OSPEDALE SAN BIAGIO	Radiologia	Domodossola	219,867.20	0.00
B69J21038630006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	ECOTOMOGRAFI	01000501#OSPEDALE SAN BIAGIO	Cardiologia	Domodossola	80,167.50	0.00
B59J21029960006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	ACCELERATORI LINEARI	01000502#STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	Radiologia	Verbania	2,147,178.60	0.00
B59J21029970006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	MAMMOGRAFI	01000502#STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	Radiologia	Verbania	190,190.00	0.00
B59J21029980006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01000502#STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	Radiologia	Verbania	273,646.00	0.00
B69J21038620006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	ECOTOMOGRAFI	01000501#OSPEDALE SAN BIAGIO	Ginecologia	Domodossola	39,186.00	0.00
B69J21038590006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01000501#OSPEDALE SAN BIAGIO	Radiologia	Domodossola	157,600.00	0.00
B59J21029950006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	ACCELERATORI LINEARI	01000502#STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	Radiologia	Verbania	2,173,799.00	0.00
B69J21038570006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	TAC A 128 STRATI	01000501#OSPEDALE SAN BIAGIO	Radiologia	Domodossola	674,800.00	0.00
B59J21029990006	VERBANO CUSIO OSSOLA - RUP: MATTALIA MARIO	ECOTOMOGRAFI	01000502#STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI	Radiologia	Verbania	**70,410.90**	0.00
C29J22001360001	BIELLA - RUP: PETTI ALBERTO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	001011#POLIAMBULATORIO COSSATO	SC RADIOLOGIA	Cossato	186,105.22	57,894.78
C29J22001350001	BIELLA - RUP: PETTI ALBERTO	ANGIOGRAFI	010032#OSPEDALE DEGLI INFERMI	SC CARDIOLOGIA	Ponderano	624,894.00	0.00
C29J22001340001	BIELLA - RUP: PETTI ALBERTO	GAMMA CAMERE	010032#OSPEDALE DEGLI INFERMI	SSD MEDICINA NUCLEARE	Ponderano	437,492.00	0.00
D69J22001300001	VERCELLI - RUP: LEPORATI DAVIDE	RMN A 1,5 T	010009#Ospedale S.Andrea di Vercelli	Radiologia - Radiodiagnostica	Vercelli	798,472.89	0.00
C39J22001120006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01002603#P.O. TORTONA	Radiologia	Tortona	237,779.00	27,246.00
C69J22001010006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01002604#P.O. NOVI LIGURE	Radiologia	Novi Ligure	237,513.00	11,022.00
C69J22001030006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	ANGIOGRAFI	01002604#P.O. NOVI LIGURE	Cardiologia	Novi Ligure	497,317.00	0.00
C39J22001140006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	ECOTOMOGRAFI	01002603#P.O.TORTONA	Radiologia	Tortona	49,551.00	0.00
C39J22001150006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	ECOTOMOGRAFI	01002601#P.O.CASALEMONFERRATO	Neurologia	Casale M.to	28,822.50	0.00
C39J22001130006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	ECOTOMOGRAFI	01002601#P.O.CASALE	Ostetricia-Ginecologia	Casale M.to	22,951.00	0.00
C34E22000780006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01002601#P.O. CASALE MONFERRATO	Radiologia	Casale M.to	341,358.00	23,649.00
C69J22001060006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	ECOTOMOGRAFI	01002604#P.O.NOVILIGURE	Neurologia	Novi Ligure	25,212.00	0.00
C69J22001020006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	000406#POLIAMBULATORIO VALENZA	Radiologia	Valenza	214,311.00	0.00
C69J22001000006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01002604#P.O. NOVI LIGURE	Radiologia	Novi Ligure	323,014.00	5,410.00
C69J22000990006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	MAMMOGRAFI	000406#Poliambulatorio di Valenza	Radiologia	Valenza	189,829.00	0.00
C69J22001040006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	ECOTOMOGRAFI	01002604#P.O. NOVI LIGURE	Cardiologia	Novi Ligure	76,999.00	0.00
C19J22001360006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01002605#P.O. Acqui Terme	Radiologia	Acqui Terme	238,088.00	46,097.00
C39J22001160006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	ECOTOMOGRAFI	000371#POLIAMBULATORIOPATRIAALESSANDRIA	Vulnologia	Alessandria	22,688.00	0.00
C39J22001090006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	MAMMOGRAFI	040763#ScreeningAlessandria	Screening mammografico	Alessandria	166,542.00	0.00
C49J22001110006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01002606#P.O. OVADA	Radiologia	Ovada	237,467.00	8,216.00
C69J22001050006	ALESSANDRIA - RUP: VICARI SIMONA	ECOTOMOGRAFI	01002604#P.O.NOVILIGURE	Urologia	Novi Ligure	24,423.00	0.00
J59J22001150006	TORINO 5 - RUP: LAURA BIANCO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01000401#OSPEDALE MAGGIORE	PRONTO SOCCORSO SALA 2	Chieri	270,073.56	0.00
J49J22001530006	TORINO 5 - RUP: LAURA BIANCO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01000403#OSPEDALE SAN LORENZO	PRONTO SOCCORSO SALA 2	Carmagnola	268,690.95	0.00
J59J22001140006	TORINO 5 - RUP: LAURA BIANCO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01000401#OSPEDALE MAGGIORE	RADIOLOGIA SALA 1	Chieri	244,000.00	0.00
J29J22001380006	TORINO 5 - RUP: LAURA BIANCO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01000402#OSPEDALE SANTA CROCE	PRONTO SOCCORSO SALA B	Moncalieri	272,730.06	0.00
J29J22001350006	TORINO 5 - RUP: LAURA BIANCO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01000402#OSPEDALE SANTA CROCE	RADIOLOGIA SALA DIAGNOSTICA A	Moncalieri	244,000.00	0.00

F19J21018000001	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PRATO GIUSEPPE	ANGIOGRAFI	010003#OSPEDALE MARIA VITTORIA	SC Cardiologia 1 - SS Emodinamica	Torino	484,242.70	**0.00**
F19J21018010001	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PRATO GIUSEPPE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010011#TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	SC Radiologia 2	Torino	228,732.07	4,857.23
F19J21018020001	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PRATO GIUSEPPE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010011#TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	SC Radiologia 2	Torino	223,078.07	1,857.23
F19J21017960001	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PRATO GIUSEPPE	TAC A 128 STRATI	010003#OSPEDALE MARIA VITTORIA	SC Radiologia 1	Torino	382,313.79	0.00
F19I21000140001	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PRATO GIUSEPPE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010011#TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO	SC Radiologia 2	Torino	232,227.00	0.00
F19J21017980001	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PRATO GIUSEPPE	MAMMOGRAFI	010012#PRESIDIO VALDESE	Screening Mammografico	Torino	150,413.80	0.00
F19I21000240001	ASL CITTA' DI TORINO - RUP: PRATO GIUSEPPE	TAC A 128 STRATI	T	SC Radiologia 2	Torino	437,834.26	0.00
I19J21016880006	CUNEO 1 - RUP: GELLI MAURIZIO	TAC A 128 STRATI	01012602#Ospedale di Saluzzo	Radiologia	Saluzzo	389,568.84	0.00
I49J21016880006	CUNEO 1 - RUP: GELLI MAURIZIO	TAC A 128 STRATI	01012601#Ospedale di Savigliano	Radiologia	Savigliano	733,022.40	0.00
I49J21016730006	CUNEO 1 - RUP: GELLI MAURIZIO	MAMMOGRAFI	01012601#Ospedale di Savigliano	Radiologia	Savigliano	182,153.04	0.00
I19J21016690006	CUNEO 1 - RUP: GELLI MAURIZIO	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	01012602#Ospedale di Saluzzo	Radiologia	Saluzzo	251,058.00	0.00
G39J21025730006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIODIAGNOSTICA	Asti	241,645.50	0.00
G39J21025670006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	ANGIOGRAFI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	CARDIOLOGIA	Asti	604,697.30	0.00
G39J21025620006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	RMN A 1,5 T	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIODIAGNOSTICA	Asti	1,219,913.67	49,096.33
G39J21025710006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIODIAGNOSTICA	Asti	191,182.06	0.00
G39J21025680006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	ECOTOMOGRAFI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIODIAGNOSTICA PRONTO SOCCORSO	Asti	48,875.83	0.00
G39J21025740006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIODIAGNOSTICA	Asti	219,234.00	0.00
G39J21025660006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	MAMMOGRAFI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIODIAGNOSTICA	Nizza M.to	145,161.25	0.00
G39J21025650006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	ACCELERATORI LINEARI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIOTERAPIA	Asti	2,037,479.39	31,689.36
G39J21025700006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIODIAGNOSTICA PRONTO SOCCORSO	Asti	280,530.88	0.00
G39J21025720006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010008#PRESIDIO OSP. Valle Belbo	RADIODIAGNOSTICA	Nizza M.to	196,197.46	0.00
G39J21025750006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	TAC A 128 STRATI	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIODIAGNOSTICA	Asti	541,158.00	0.00
G39J21025640006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	RMN A 1,5 T	010008#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	RADIODIAGNOSTICA	Asti	1,124,320.00	0.00
G39J21025690006	ASTI - RUP: LOMBARDI CESARE	ECOTOMOGRAFI	01000801#PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA	CARDIOLOGIA	Asti	80,318.50	0.00
D69J22001290001	VERCELLI - RUP: DI BONITO GIOVANNI	ACCELERATORI LINEARI	010009#Ospedale Sant'Andrea Vercelli	Radioterapia	Vercelli	2,300,000.00	0.00
G14E22000410001	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO - RUP: SAVANT LEVET PIERLUIGI	PET/TAC	010908#OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	Medicina nucleare	Torino	2,236,290.00	0.00
G19J21015510001	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO - RUP: SAVANT LEVET PIERLUIGI	ACCELERATORI LINEARI	010908#OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	RADIOTERAPIA	Torino	2,121,891.95	0.00
G19J21015530001	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO - RUP: SAVANT LEVET PIERLUIGI	SISTEMI RADIOLOGICI FISSI	010908#OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	Radiologia	Torino	240,679.32	0.00
G19J22000670001	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO - RUP: SAVANT LEVET PIERLUIGI	TAC A 128 STRATI	010908#OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	Radiologia	Torino	529,630.00	0.00
G19J21015520001	OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO - RUP: SAVANT LEVET PIERLUIGI	ANGIOGRAFI	010908#OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO	EMODINAMICA	Torino	773,419.00	0.00

Dati relativi alla linea d'investimento 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)

	Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNRR)						
CUP	**ENTE del SSR [inserire Regione/PP.AA.]**	**Presidio Ospedaliero**	**Comune**	**Provincia**	**Indirizzo**	**MPORTO INTERVENTO PNRR**	**IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)**
B21B22000570001	AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE - RUP: STUMPO GIUSEPPE	Ospedale CARLE	CUNEO	CUNEO	Carle ,5	5,652,249.00	0.00
C41B21008480006	ALESSANDRIA - RUP: ARPE FABRIZIO	Ospedale Civile di Ovada	OVADA	ALESSANDRIA	Ruffini ,22	4,485,237.00	0.00
C21B19000570001	BIELLA - RUP: ZETTEL MAURIZIO	Ospedale degli Infermi	PONDERANO	BIELLA	Via dei Ponderanesi ,2	6,629,181.00	0.00

I81B21007310006	CUNEO 1 - RUP: SIMONDI PATRIZIA	*Ospedale Ceva*	*CEVA*	*CUNEO*	*Via San Bernardino ,4*	*5,687,186.00*	*0.00*
H81B22001260007	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	*OSPEDALE CIVILE DI SUSA*	*SUSA*	*TORINO*	*CORSO INGHILTERRA ,66*	*4,784,972.00*	*0.00*
H21B22001070001	TORINO 3 - RUP: FERRERO FEDERICO	*OSPEDALE DEGLI INFERMI DI RIVOLI*	*RIVOLI*	*TORINO*	*RIVALTA ,29*	*15,202,256.00*	*0.00*

Dati relativi alla linea d'investimento 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNRR)

	Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNC)						
CUP	**ENTE del SSR [inserire Regione/PP.AA.]**	**Presidio Ospedaliero**	**Comune**	**Provincia**	**Indirizzo**	**MPORTO INTERVENTO PNC**	**IMPORTO INTERVENTO (Altre fonti)**
C11B21010520006	ALESSANDRIA - RUP: OLIVIERI ROBERTO	*Ospedale "Monsignor Giovanni Galliano" di Acqui Terme*	*ACQUI TERME*	*ALESSANDRIA*	*Fatebenefratelli ,1*	*9,478,407.00*	*0.00*
H12C22000110001	TORINO 3 - RUP: PARIGI OLIVIA	*OSPEDALE EDOARDO AGNELLI PINEROLO*	*PINEROLO*	*TORINO*	*VIA BRIGATA CAGLIARI ,39*	*7,066,285.00*	*0.00*
H32C21001050001	AZ. SS.ANTONIO E BIAGIO E C.ARRIGO - RUP: CAULI GABRIELE	*Presidio Ospedaliero Pediatrico "Cesare Arrigo" (Ospedale Infantile)*	*ALESSANDRIA*	*ALESSANDRIA*	*Spalto Marengo ,46*	*4,037,877.00*	*0.00*
C31B21013450006	ALESSANDRIA - RUP: SERRATTO GIORGIO	*ospedale SS Antonio e Margherita*	*TORTONA*	*ALESSANDRIA*	*xx settembre ,1*	*11,443,528.00*	*0.00*
G11B21008510006	A.O.U. CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO - RUP: CIRNIGLIARO GIAN PAOLO	*A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - Presidio Ospedaliero C.T.O. (Centro Traumatologico Ortopedico)*	*TORINO*	*TORINO*	*Via Gianfranco Zuretti ,29*	*29,642,919.00*	*0.00*
G31B21008400006	ASTI - RUP: DE GIOVANNI PAOLO	*Ospedale Cardinal Massaia - Asti*	*ASTI*	*ASTI*	*Dante Alighieri ,202*	*17,012,622.00*	*0.00*
F91B21006270001	NOVARA - RUP: STROLA SILVANO	*Presidio Ospedaliero di Borgomanero*	*BORGOMANERO*	*NOVARA*	*V.le Zoppis ,10*	*17,646,862.00*	*0.00*

Dati relativi alla linea d'investimento 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile (PNC)



Allegato 3

Tabelle “non arrecare danno significativo”

Tabella 5 Dettaglio DNSH Componente 1 – Investimento 1.1

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	La misura è assegnabile al campo di intervento 025ter "Costruzione di nuovi edifici energeticamente efficienti" nell'allegato del regolamento RRF, con un coefficiente di cambiamento climatico del 40%. L'edificio deve essere conforme a tutte le normative nazionali/regionali applicabili in materia di prestazioni energetiche ed emissioni di CO2 e con un fabbisogno di energia primaria inferiore di almeno il 20% rispetto al requisito degli edifici a energia quasi zero (NZEB - direttive nazionali). Non si prevede che la misura comporti significative emissioni di gas serra in quanto: - l'edificio non è destinato all'estrazione, allo stoccaggio, al trasporto o alla produzione di combustibili fossili; - il programma di interventi riguarda la costruzione di nuovi edifici ad alta efficienza energetica caratterizzati da un fabbisogno di energia primaria inferiore di almeno il 20% rispetto ai requisiti degli edifici NZEB, ed è quindi compatibile con il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione delle emissioni di gas serra e di neutralità climatica. In questo senso, la misura contribuirà al raggiungimento dell'obiettivo nazionale di aumento annuale dell'efficienza energetica stabilito dalla direttiva sull'efficienza energetica (2012/27/UE) e permetterà il rispetto degli accordi dichiarati a livello nazionale nell'ambito dell'accordo di Parigi sul clima.
2. Adattamento al cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	La misura consiste nell'implementazione delle Case della Comunità, che non incidono significativamente sui meccanismi che portano al cambiamento climatico. L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) permetterà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, delle ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, considerando il loro ciclo di vita. Gli interventi saranno realizzati prevedendo tra i criteri minimi o premianti di scelta dell'operatore economico l'adozione di sistemi di gestione ISO 14001 o Eco-Management and Audit Scheme (EMAS). La misura richiederà agli operatori economici, attraverso specifiche clausole nei bandi di gara e nei contratti, di ottimizzare i nuovi edifici in termini di sistemi tecnici e soluzioni impiantistiche utilizzando le migliori tecnologie possibili, al fine di garantire il comfort termico agli occupanti anche a temperature estreme. Non vi è quindi evidenza di effetti negativi significativi legati agli effetti diretti e agli effetti indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita in relazione a questo obiettivo ambientale.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?	NO	L'utilizzo del GPP consentirà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, ristrutturazioni e manutenzioni di edifici, lungo il ciclo di vita. I progetti degli interventi di nuova costruzione e ristrutturazione dovranno prevedere la raccolta delle acque piovane per l'irrigazione e/o la depurazione sanitaria, attuata con sistemi realizzati secondo le norme UNI/TS 11445 "Sistemi per la raccolta e l'utilizzo delle acque piovane per usi diversi dal consumo umano - Progettazione, installazione e manutenzione" e UNI EN 805 "Approvvigionamento idrico - Requisiti per sistemi e componenti esterni agli edifici" o norme equivalenti. Tutti gli apparecchi idrici interessati (box doccia, miscelatore, rubinetteria, wc, vasi e cassette di risciacquo, orinatoi, vasche da bagno) devono rientrare nelle prime 2 classi per consumo d'acqua dell'EU Water Label. La misura risponde ai criteri di GPP in conformità con le direttive nazionali vigenti (CAM-Criteri Ambientali Minimi per l'edilizia - D.M. 11.10.2017) e rispetta i principi della sostenibilità dei prodotti e della gerarchia dei rifiuti, con priorità sulla riduzione dei rifiuti e su una gestione incentrata sulla preparazione, il riutilizzo e il riciclo dei materiali. La misura coprirà anche i costi per la gestione sostenibile dei rifiuti da costruzione e da demolizione e per l'utilizzo di aggregati riciclati, garantendo il rispetto dei livelli di prestazione ambientale previsti anche attraverso una specifica rendicontazione dei materiali utilizzati dagli operatori economici aggiudicatari delle attività. Elementi della misura prevedevano, per la selezione degli operatori economici, l'utilizzo di criteri premianti finalizzati al miglioramento dei livelli di prestazione ambientale del progetto e testati sulla certificazione ISO 14001 e/o sulla registrazione EMAS degli operatori. Inoltre, attraverso specifiche clausole nelle gare d'appalto e nei contratti, sarà richiesto agli operatori economici che ristrutturano edifici di garantire che una quota significativa dei rifiuti non pericolosi da costruzione e demolizione (escluso il materiale allo stato naturale di cui alla voce 17 05 04 dell'elenco europeo dei rifiuti istituito dalla decisione 2000/532/CE) prodotti in cantiere saranno preparati per il riutilizzo, riciclaggio e altri tipi di recupero di materiale, comprese le operazioni di riempimento che utilizzano i rifiuti per sostituire altri materiali.
4. Economia circolare, compresa la	D. No, la misura richiede una	"Si prevede che la misura: (i) comporti un		NO	"La misura risponde al GPP (Green Public Procurement).

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	valutazione sostanziale del DNSH.	aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate; o (iii) causare un danno significativo e a			La misura richiede agli operatori economici che ristrutturano gli edifici di garantire che almeno il 70% (del peso) della costruzione e dei rifiuti da costruzione e demolizione non pericolosi (escluso il materiale allo stato naturale dall'ID 17 05 04 dell'elenco europeo dei rifiuti stabilito dalla decisione 2000/532/CE) generati durante le operazioni, siano preparati per il riutilizzo, il riciclaggio e il recupero di altri materiali in conformità con la gerarchia dei rifiuti e il protocollo UE per la gestione dei rifiuti da costruzione e demolizione. Saranno previste aree appropriate da destinare alla raccolta differenziata dei rifiuti generati dai cantieri."

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
		lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?"			
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.	Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?		NO	"Non si prevede che la misura determini un aumento significativo delle emissioni di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché gli operatori che eseguono miglioramenti strutturali di sicurezza alle strutture ospedaliere utilizzeranno solo: - materiali da costruzione che non contengono composti organici volatili (VOC); - sostanze che non sono di grande preoccupazione, come identificate in base alla ""Lista di autorizzazione"" REACH. - misure per ridurre le emissioni di rumore durante la costruzione; - misure per ridurre le emissioni di polvere e di sostanze inquinanti durante la costruzione. La misura è conforme ai piani nazionali e regionali di riduzione dell'inquinamento esistenti. Inoltre, si prevede che la misura non porterà a un aumento significativo delle emissioni di sostante inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché: - gli operatori incaricati della costruzione dell'edificio saranno tenuti a utilizzare componenti e materiali da costruzione che non contengono amianto o sostanze estremamente preoccupanti incluse nell'elenco delle sostanze soggette ad autorizzazione di cui all'allegato XIV del regolamento (CE) n. 1907/2006;

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
					- l'area del terreno del nuovo edificio si trova all'interno di un'area già edificata e quindi, presumibilmente, priva di sostanze potenzialmente contaminanti; - saranno adottate misure per ridurre le emissioni di rumore e le emissioni di polveri e sostanze inquinanti durante i lavori di costruzione. Si garantisce inoltre che: - i componenti e i materiali da costruzione non contengono amianto o sostanze estremamente preoccupanti come individuate sulla base della lista di autorizzazione del regolamento europeo REACH; -saranno messe in atto, per quanto possibile, azioni volte all'utilizzo di materiali e prodotti caratterizzati da un basso impatto ambientale valutato in termini di analisi dell'intero ciclo di vita (LCA) come certificato da dichiarazioni rilasciate da enti indipendenti credibili e riconosciuti (Ecolabel UE o altre etichette ambientali di tipo I, EPD o altre etichette ambientali di tipo III)."
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle		NO	"La nuova costruzione non sarà realizzata su aree naturali protette, come i terreni designati come Natura 2000, patrimonio mondiale dell'UNESCO e aree chiave di biodiversità (KBA), o equivalenti al di fuori dell'UE, come definito dall'UNESCO e/o dall'Unione Internazionale per la Conservazione della Natura (IUCN) nelle seguenti categorie: - Categoria Ia: Riserva Naturale Integrale - Categoria Ib: Area selvaggia - Categoria II: Parco Nazionale La nuova costruzione non sarà realizzata su terreni arabili o verdi ad alto valore di biodiversità riconosciuto e terreni che servono come habitat di specie in pericolo (flora e fauna) elencate nella Lista Rossa Europea e/o nella Lista Rossa IUCN. Almeno l'80% di tutti i prodotti in legno utilizzati

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
		di interesse dell'Unione Europea?			nella nuova costruzione per le strutture e nelle ristrutturazioni, nei rivestimenti e nelle finiture saranno riciclati/riutilizzati o saranno provenienti da foreste gestite in modo sostenibile come certificato da audit di certificazione di terze parti eseguiti da enti di certificazione accreditati, ad esempio gli standard FSC/PEFC o equivalenti. "

Tabella 6 Dettaglio DNSH Componente 1 – Investimento 1.2

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	L'attività si riferisce ai campi di intervento dell'allegato 6 del regolamento UE sull'RRF 094 con un coefficiente di cambiamento climatico dello 0%. L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti per tutto il ciclo di vita. L'implementazione di un nuovo modello organizzativo (Centri di Coordinamento Territoriale) si avvarrà di server gestiti secondo le "Linee guida sulle migliori pratiche 2019 per il codice di condotta UE sull'efficienza energetica dei centri dati (JRC)".
2. Adattamento al cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti diretti ed indiretti primari lungo il suo ciclo di vita. Gli strumenti di telemedicina e di assistenza integrata previsti saranno caratterizzati da un'elevata efficienza	Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	L'attività si riferisce ai campi di intervento dell'allegato 6 del regolamento UE sull'RRF 094 con un coefficiente di cambiamento climatico dello 0%. L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti per tutto il ciclo di vita.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
		energetica. Inoltre, lo strumento di telemedicina può essere considerato come un'attività che consente la riduzione dei rischi climatici.			
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti diretti e indiretti primari lungo il suo ciclo di vita. Non sono stati rilevati rischi di degrado ambientale legati alla conservazione della qualità	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?	NO	La misura non nuoce al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere, o al buono stato ambientale delle acque marine.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
		dell'acqua e allo stress idrico.			
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.		Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da	NO	"Si prevede che la misura non comporti un danno significativo a lungo termine dal punto di vista dell'economia circolare. I rifiuti prodotti dall'uso degli strumenti di telemedicina e di assistenza integrata sono raccolti e gestiti da un operatore autorizzato e trattati secondo la gerarchia dei rifiuti. I rifiuti prodotti dall'uso degli strumenti di telemedicina e di assistenza integrativa rientrano nel campo di applicazione dei rifiuti RAEE, per cui si applica la responsabilità estesa del produttore, il quale, autonomamente o attraverso un consorzio, garantirà il corretto recupero dei dispositivi. In caso di acquisto di materiale AEE, si inserirà la richiesta di iscrizione del fornitore nel registro dei Produttori / distributori / manutentori al fine di garantire la corretta gestione degli eventuali rifiuti prodotti alla fine o all'inizio del ciclo in caso di sostituzione / rinnovo tecnico."

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
			misure adeguate; o (iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?"		
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale.	Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?	NO	La misura non comporta un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti diretti e indiretti primari lungo il suo ciclo di vita.	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea?	NO	La misura non è significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o dannosa per lo stato di conservazione degli habitat delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea.

Tabella 7 Dettaglio DNSH Componente 1 – Investimento 1.3

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	La misura si riferisce anche alla costruzione di nuovi edifici e ai campi di intervento come indicato nell'allegato 6 del regolamento UE sul RRF 025ter (con un coefficiente climatico del 40%) e 092 (con un coefficiente climatico dello 0%). Il nuovo edificio deve essere conforme a tutte le normative nazionali/regionali applicabili in materia di prestazioni energetiche ed emissioni di gas serra e con un fabbisogno di energia primaria di almeno il 20% inferiore al requisito per gli edifici a energia quasi zero (NZEB - direttive nazionali). In questo senso, contribuirà al raggiungimento dell'obiettivo nazionale, all'aumento annuale dell'efficienza energetica stabilito dalla direttiva sull'efficienza energetica (2012/27/UE) e permetterà il rispetto degli accordi dichiarati a livello nazionale nell'ambito dell'accordo di Parigi sul clima.
2. Adattamento al cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.		Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	"La misura consiste nella realizzazione di Ospedali di Comunità, che non incidono significativamente sui meccanismi che portano al cambiamento climatico. L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, delle ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, lungo il ciclo di vita. Gli interventi saranno realizzati prevedendo tra i criteri minimi o premianti di scelta dell'operatore economico, l'adozione di Sistemi di Gestione ISO 14001 o Eco-Management and Audit Scheme (EMAS). Inoltre, sarà effettuata una specifica valutazione della vulnerabilità e del rischio climatico, relativa a inondazioni, neve, innalzamento del livello del mare, piogge, ecc. per identificare, selezionare e implementare le relative misure di adattamento, in accordo con l'UE."
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti	L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre gli impatti ambientali delle nuove costruzioni, delle	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici,	NO	La misura non nuoce al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere, o al buono stato ambientale delle acque marine.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
	primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, considerati nell'ottica del ciclo di vita. I progetti degli interventi di nuova costruzione e ristrutturazione dovranno prevedere la raccolta delle acque piovane per l'irrigazione e/o la depurazione sanitaria, attuata con sistemi realizzati secondo le norme UNI/TS 11445 "Sistemi per la raccolta e l'utilizzo delle acque piovane per usi diversi dal consumo umano - Progettazione, installazione e manutenzione" e UNI EN 805 "Approvvigionamento idrico - Requisiti	comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?		

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
		per sistemi e componenti esterni agli edifici" o norme equivalenti. Tutti gli apparecchi idrici interessati (box doccia, miscelatore, rubinetteria, rubinetto miscelatore, wc, vasi e cassette di risciacquo, orinatoi e cassette di risciacquo, vasche da bagno) rientreranno nelle prime 2 classi di consumo d'acqua dell'EU Water Label.			
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		"Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei	NO	"La misura risponde al Green Public Procurement (GPP). La misura richiede agli operatori economici che ristrutturano gli edifici di garantire che almeno il 70% (del peso) della costruzione e dei rifiuti da costruzione e demolizione non pericolosi (escluso il materiale allo stato naturale dall'ID 17 05 04 dell'elenco europeo dei rifiuti stabilito dalla decisione 2000/532/CE) generati durante le operazioni siano preparati per il riutilizzo, il riciclaggio e il recupero di altri materiali in conformità alla gerarchia dei rifiuti e al protocollo UE per la gestione dei rifiuti da costruzione e demolizione.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
			rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate; o (iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27		Saranno previste aree appropriate da destinare alla raccolta differenziata dei rifiuti generati dai cantieri."

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
			della tassonomia)?"		
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.		Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?	NO	"La misura non dovrebbe comportare un aumento significativo delle emissioni di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché gli operatori che eseguono migliorie strutturali della sicurezza delle strutture ospedaliere useranno solo: - materiali da costruzione che non contengono composti organici volatili (VOC); - sostanze che non sono di alta preoccupazione come identificate sulla base della ""Lista delle autorizzazioni""" del REACH. - misure per ridurre le emissioni di rumore durante la costruzione; - misure per ridurre le emissioni di polvere e sostanze inquinanti durante la costruzione."
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il ciclo di vita. Il programma coinvolge edifici esistenti per i quali è stata valutata l'ubicazione in aree	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse	NO	La misura non è significativamente dannosa per il buono stato della resilienza degli ecosistemi; o dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
	nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	sensibili alla biodiversità (compresa la rete Natura 2000).	dell'Unione Europea?		

Tabella 8 Dettaglio DNSH Componente 2 – Investimento 1.1

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	"Le misure adottate per modernizzare gli asset tecnologici in essere presso le strutture ospedaliere non comportano un aumento significativo delle emissioni di gas serra, in quanto le nuove apparecchiature hanno una performance ambientale superiori a quelle che vanno a sostituire. La digitalizzazione dei processi clinici e assistenziali ospedalieri si avvarrà di server gestiti secondo le ""2019 Best Practice Guidelines for the EU Code of Conduct on Data Centre Energy Efficiency (JRC)"". I refrigeranti utilizzati nei sistemi di refrigerazione saranno conformi ai requisiti del regolamento UE sui gas fluorurati."
2. Adattamento al cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile rispetto a questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il suo ciclo di vita. L'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture	Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	La misura non comporta un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
		ospedaliere e la digitalizzazione dei processi clinici e assistenziali dell'ospedale saranno caratterizzati da un'elevata efficienza energetica.			
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il suo ciclo di vita. Non sono stati rilevati rischi di degrado ambientale legati alla conservazione della qualità	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?	NO	La misura non nuoce al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere, o al buono stato ambientale delle acque marine.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
		dell'acqua e allo stress idrico.			
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		"""Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da	NO	"Le misure adottate per ammodernare il parco tecnologico dovranno soddisfare i requisiti della direttiva europea sull'ecodesign. I rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche sono raccolti e gestiti da un operatore autorizzato e trattati secondo la gerarchia dei rifiuti secondo il D.Lgs. 118/2020. I rifiuti prodotti dall'ammodernamento del parco tecnologico rientrano nel campo di applicazione dei rifiuti RAEE, pertanto si applica la responsabilità estesa del produttore che, autonomamente o tramite un consorzio, garantirà il corretto recupero dei dispositivi."

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
			misure adeguate; o (iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?"		
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'impatto previsto dell'attività sostenuta dalla misura su questo obiettivo ambientale è marginale.	Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?	NO	La misura non comporta un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile rispetto a questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il suo ciclo di vita.	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea?	NO	La misura non è significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea.

Tabella 9 Dettaglio DNSH Componente 2 – Investimento 1.2

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	Le misure adottate per il miglioramento strutturale della sicurezza degli ospedali non aumentano significativamente le emissioni di gas serra, in quanto gli interventi garantiranno la massima efficienza energetica. I nuovi edifici saranno a energia quasi zero (NZEB).
2. Adattamento al cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	"La misura consiste in migliorie strutturali della sicurezza delle strutture ospedaliere, che non incidono significativamente sui meccanismi che portano al cambiamento climatico. L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, ristrutturazioni e	Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	La misura non comporta un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
		manutenzioni degli edifici, considerando il loro ciclo di vita. Gli interventi saranno realizzati prevedendo tra i criteri minimi o premianti per la scelta dell'operatore economico, l'adozione di Sistemi di Gestione ISO 14001 o Eco-Management and Audit Scheme (EMAS)."			
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la	Non sono stati rilevati rischi di degrado ambientale legati alla conservazione della qualità dell'acqua e allo stress idrico.	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali	NO	La misura non nuoce al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere, o al buono stato ambientale delle acque marine.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
	sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.		e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?		
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		""Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del	NO	"La misura risponde al GPP (Green Public Procurement). La misura richiede agli operatori economici che ristrutturano gli edifici di garantire che almeno il 70% (del peso) della costruzione e dei rifiuti da costruzione e demolizione non pericolosi (escluso il materiale allo stato naturale dall'ID 17 05 04 dell'elenco europeo dei rifiuti stabilito dalla decisione 2000/532/CE) generati durante le operazioni siano preparati per il riutilizzo, il riciclaggio e il recupero di altri materiali in conformità alla gerarchia dei rifiuti e al protocollo UE per la gestione dei rifiuti da costruzione e demolizione. Saranno previste aree appropriate da destinare alla raccolta differenziata dei rifiuti generati dai cantieri."

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
			suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate; o (iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?"		
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?	NO	"La misura non dovrebbe comportare un aumento significativo delle emissioni di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché gli operatori che eseguono migliorie strutturali della sicurezza delle strutture ospedaliere useranno solo: - materiali da costruzione che non contengono composti organici volatili (VOC); - sostanze che non sono di grande preoccupazione, come identificate sulla base della ""Lista delle autorizzazioni"" del REACH; - misure per ridurre le emissioni di rumore durante la costruzione; - misure per ridurre le emissioni di polvere e sostanze inquinanti durante la costruzione.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile non significativo su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il suo ciclo di vita. Il programma interessa edifici esistenti, per i quali è stata valutata l'ubicazione in aree sensibili alla biodiversità (compresa la rete Natura 2000).	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea?	NO	La misura non è significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea.

Tabella 10 Dettaglio DNSH Componente 2 – Investimento 1.3

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
1. Mitigazione del cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	La misura si riferisce anche alla costruzione di nuovi edifici e ai campi di intervento come indicato nell'allegato 6 del regolamento UE sul RRF 025ter (con un coefficiente climatico del 40%) e 092 (con un coefficiente climatico dello 0%). Il nuovo edificio deve essere conforme a tutte le normative nazionali/regionali applicabili in materia di prestazioni energetiche ed emissioni di gas serra e con un fabbisogno di energia primaria di almeno il 20% inferiore al requisito per gli edifici a energia quasi zero (NZEB - direttive nazionali). In questo senso, contribuirà al raggiungimento dell'obiettivo nazionale, aumento annuale dell'efficienza energetica stabilito dalla direttiva sull'efficienza energetica (2012/27/UE) e permetterà il rispetto degli accordi dichiarati a livello nazionale nell'ambito dell'accordo di Parigi sul clima.
2. Adattamento al cambiamento climatico	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.		Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	La misura consiste nella realizzazione di Ospedali di Comunità, che non incidono significativamente sui meccanismi che portano al cambiamento climatico. L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre l'impatto ambientale delle nuove costruzioni, delle ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, lungo il ciclo di vita. Gli interventi saranno realizzati prevedendo tra i criteri minimi o premianti di scelta dell'operatore economico, l'adozione di Sistemi di Gestione ISO 14001 o Eco-Management and Audit Scheme (EMAS). Inoltre, sarà effettuata una specifica valutazione della vulnerabilità e del rischio climatico, relativa a inondazioni, neve, innalzamento del livello del mare, piogge, ecc. per identificare, selezionare e implementare le relative misure di adattamento, in accordo con l'UE.
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale,	L'utilizzo del GPP (Green Public Procurement) consentirà di ridurre gli impatti ambientali	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale	NO	La misura non nuoce al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere, o al buono stato ambientale delle acque marine.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
	relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto. conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	delle nuove costruzioni, delle ristrutturazioni e della manutenzione degli edifici, considerati nell'ottica del ciclo di vita. I progetti degli interventi di nuova costruzione e ristrutturazione dovranno prevedere la raccolta delle acque piovane per l'irrigazione e/o la depurazione sanitaria, attuata con sistemi realizzati secondo le norme UNI/TS 11445 "Sistemi per la raccolta e l'utilizzo delle acque piovane per usi diversi dal consumo umano - Progettazione, installazione e manutenzione" e UNI EN 805	ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?		

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
		"Approvvigionamento idrico - Requisiti per sistemi e componenti esterni agli edifici" o norme equivalenti. Tutti gli apparecchi idrici interessati (box doccia, miscelatore, rubinetteria, rubinetto miscelatore, wc, vasi e cassette di risciacquo, orinatoi e cassette di risciacquo, vasche da bagno) rientreranno nelle prime 2 classi di consumo d'acqua dell'EU Water Label. primari diretti e indiretti.			
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il	D. No, la misura richiede una valutazione sostanziale del DNSH.		"Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della	NO	La misura risponde al Green Public Procurement (GPP). La misura richiede agli operatori economici che ristrutturano gli edifici di

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
riciclaggio dei rifiuti			produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate; o (iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente		garantire che almeno il 70% (del peso) della costruzione e dei rifiuti da costruzione e demolizione non pericolosi (escluso il materiale allo stato naturale dall'ID 17 05 04 dell'elenco europeo dei rifiuti stabilito dalla decisione 2000/532/CE) generati durante le operazioni siano preparati per il riutilizzo, il riciclaggio e il recupero di altri materiali in conformità alla gerarchia dei rifiuti e al protocollo UE per la gestione dei rifiuti da costruzione e demolizione. Saranno previste aree appropriate da destinare alla raccolta differenziata dei rifiuti generati dai cantieri.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
			rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?"		
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	D. No, la misura richiede una valutazione DNSH sostanziale.		Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?	NO	La misura non dovrebbe comportare un aumento significativo delle emissioni di sostanze inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo perché gli operatori che eseguono migliorie strutturali della sicurezza delle strutture ospedaliere useranno solo: - materiali da costruzione che non contengono composti organici volatili (VOC); - sostanze che non sono di alta preoccupazione come identificate sulla base della "Lista delle autorizzazioni"" del REACH. - misure per ridurre le emissioni di rumore durante la costruzione; - misure per ridurre le emissioni di polvere e sostanze inquinanti durante la costruzione.
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti lungo il ciclo di vita. Il programma coinvolge edifici	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e	NO	La misura non è significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
	conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	esistenti per i quali è stata valutata l'ubicazione in aree sensibili alla biodiversità (compresa la rete Natura 2000).	delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea?		

Tabella 11 Dettaglio DNSH Componente 2 – Investimento 2.2

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
1. Mitigazione del cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	"L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile ma trascurabile su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti."	Si prevede che la misura porti a significative emissioni di gas serra?	NO	Le misure adottate per il miglioramento strutturale della sicurezza degli ospedali non aumentano significativamente le emissioni di gas serra, in quanto gli interventi garantiranno la massima efficienza energetica. I nuovi edifici saranno a energia quasi zero (NZEB).
2. Adattamento al cambiamento climatico	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH	La misura fornisce solo formazione e sviluppo di competenze tecnico-professionali, quindi non interagisce in modo significativo nei meccanismi di cambiamento climatico.	Si prevede che la misura porti ad un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni?	NO	La misura non comporta un aumento dell'impatto negativo del clima attuale e del clima futuro previsto, sulla misura stessa o sulle persone, sulla natura o sui beni.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
	nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.				
3. Uso sostenibile e protezione delle risorse idriche e marine	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile non significativo su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti.	Si prevede che la misura possa nuocere (i) al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere; o (ii) al buono stato ambientale delle acque marine?	NO	La misura non nuoce al buono stato o al buon potenziale ecologico dei corpi idrici, comprese le acque superficiali e le falde acquifere, o al buono stato ambientale delle acque marine.
4. Economia circolare, compresa la prevenzione e il riciclaggio dei rifiuti	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata	La misura non comporterà inefficienze significative nell'uso delle risorse né aumenterà la produzione di rifiuti.	"Si prevede che la misura: (i) comporti un aumento significativo della produzione, dell'incenerimento o dello smaltimento dei rifiuti, ad eccezione	NO	"Le misure adottate per ammodernare il parco tecnologico dovranno soddisfare i requisiti della direttiva europea sull'ecodesign. I rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche sono raccolti e gestiti da un operatore autorizzato e trattati secondo la gerarchia dei rifiuti secondo il D.Lgs. 118/2020. I rifiuti prodotti dall'ammodernamento del parco tecnologico rientrano nel campo di applicazione dei rifiuti RAEE, pertanto si applica la responsabilità estesa del produttore che, autonomamente o tramite un consorzio, garantirà il corretto recupero dei dispositivi."

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
	conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.		dell'incenerimento dei rifiuti pericolosi non riciclabili; o (ii) porti a significative inefficienze nell'uso diretto o indiretto di qualsiasi risorsa naturale in qualsiasi fase del suo ciclo di vita che non siano minimizzate da misure adeguate; o (iii) causare un danno significativo e a lungo termine all'ambiente rispetto all'economia circolare (art. 27 della tassonomia)?"		

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
5. Prevenzione e controllo dell'inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.	La misura non comporta un aumento significativo delle emissioni di inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo.	Si prevede che la misura porti a un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo?	NO	La misura non comporta un aumento significativo delle emissioni inquinanti nell'aria, nell'acqua o nel suolo.
6. Protezione e ripristino della biodiversità e degli ecosistemi	A. La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile sull'obiettivo ambientale, relativamente agli effetti diretti ed indiretti primari della misura nel suo ciclo di vita, data la sua natura. Pertanto, la misura è considerata conforme al DNSH	L'attività sostenuta dalla misura ha un impatto prevedibile non significativo su questo obiettivo ambientale, tenendo conto degli effetti primari diretti e indiretti.	Si prevede che la misura sia: (i) significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o (ii) dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse	NO	La misura non è significativamente dannosa per il buono stato e la resilienza degli ecosistemi; o dannosa per lo stato di conservazione degli habitat e delle specie, comprese quelle di interesse dell'Unione Europea.

Obiettivi ambientali	Fase 1		Fase 2		
	La misura ha un impatto prevedibile nullo o trascurabile su quest'obiettivo, o contribuisce a sostenerlo?	**Giustificazione se è stato scelto A, B o C**	**Domande**	**Si/No**	**Giustificazione sostanziale qualora sia stato selezionato NO**
	nell'ambito dell'obiettivo in oggetto.		dell'Unione Europea?		



Allegato 4
Schede di monitoraggio

Il monitoraggio procedurale interverrà attraverso il sistema informatico Regis, di cui all'articolo 1, comma 1043, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 e secondo le ulteriori indicazioni che verranno fornite dall'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR.

Tabella 12 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Investimento 1.1. "Case della Comunità e presa in carico della persona"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti		***30/06/2022**		
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) - Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) – Esecuzione				
PFTE - Affidamento				
PFTE – Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara		***31/03/2023**		
Progetto Definitivo – Affidamento				
Progetto Definitivo – Progettazione				
Progetto Definitivo – Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				
Appalto Integrato – Stipula contratto				
Progetto Esecutivo - Affidamento				

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Esecutivo - Progettazione				
Progetto Esecutivo - Verifica				
Progetto Esecutivo – Validazione e approvazione				
Assegnazione dei codici CIG		*31/03/2023		
Lavori – Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo-affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione		*30/09/2023		
Lavori – Consegna aree e Lavori				
Esecuzione Lavori				
Ultimazione dei lavori		*31/03/2026		

***data massima**

Tabella 13 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 1.2.2 "Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti		***30/06/2022**		
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) - Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) – Esecuzione				
PFTE - Affidamento				
PFTE – Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Progetto Definitivo – Affidamento				
Progetto Definitivo – Progettazione				
Progetto Definitivo – Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				
Appalto Integrato – Stipula contratto				
Progetto Esecutivo – Affidamento				

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Esecutivo – Progettazione				
Progetto Esecutivo – Verifica				
Progetto Esecutivo – Validazione e approvazione				
Assegnazione dei codici CIG		*31/12/2022		
Lavori – Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo-affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione		*30/06/2023		
Lavori – Consegna aree e Lavori				
Esecuzione Lavori				
Ultimazione dei lavori		*31/03/2024		

***data massima**

Tabella 14 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti		***30/06/2022**		
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) - Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) – Esecuzione				
PFTE - Affidamento				
PFTE – Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara		***31/03/2023**		
Progetto Definitivo – Affidamento				
Progetto Definitivo – Progettazione				
Progetto Definitivo – Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				
Appalto Integrato – Stipula contratto				

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Esecutivo – Affidamento				
Progetto Esecutivo – Progettazione				
Progetto Esecutivo – Verifica				
Progetto Esecutivo – Validazione e approvazione				
Assegnazione dei codici CIG		*31/03/2023		
Lavori – Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo-affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione		*30/09/2023		
Lavori – Consegna aree e Lavori				
Esecuzione Lavori				
Ultimazione dei lavori		*31/03/2026		

***data massima**

Tabella 15 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Aggiudicazione di tutti i contratti pubblici (Consip)		*31/12/2022		
Esecuzione del contratto				
Chiusura dell'intervento				
Ospedali digitalizzati (DEA - Dipartimenti di Emergenza e di Ammissione - Livello I e II) (280)		*31/09/2025		

***data massima**

Tabella 16 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)" Rafforzamento strutturale SSN ("progetti in essere" ex art. 2, DL 34/2020)

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
45% dei Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva	12/06/2020	*31/12/2025	▪ *Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2020, n. 7-1492 Emergenza da COVID-19. Approvazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" da proporre all'approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020;* ▪ *Deliberazione della Giunta Regionale 15 ottobre 2021, n. 13-3924 Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D. lgs. n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, L. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per il secondo semestre 2021*	

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Ospedali digitalizzati (DEA - Dipartimenti di Emergenza e di Ammissione - Livello I e II) – 45% interventi di ristrutturazione dei percorsi PS	**12/06/2020**	***31/12/2025**	▪ *Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2020, n. 7-1492 Emergenza da COVID-19. Approvazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" da proporre all'approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020;* ▪ *Deliberazione della Giunta Regionale 15 ottobre 2021, n. 13-3924 Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D. lgs. n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, L. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per il secondo semestre 2021*	
100% Posti letto supplementari di terapia intensiva e semi-intensiva 3 500 posti letto di terapia intensiva e 4 200 posti letto di terapia semi-intensiva	**12/06/2020**	***30/06/2026**	▪ *Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2020, n. 7-1492 Emergenza da COVID-19. Approvazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" da proporre all'approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020;* ▪ *Deliberazione della Giunta Regionale 15 ottobre 2021, n. 13-3924 Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D. lgs. n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, L. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per il secondo semestre 2021*	
Ospedali digitalizzati (DEA - Dipartimenti di Emergenza e di Ammissione - Livello I e II) – 100% interventi di ristrutturazione dei percorsi PS	**12/06/2020**	***30/06/2026**	▪ *Deliberazione della Giunta Regionale 12 giugno 2020, n. 7-1492 Emergenza da COVID-19. Approvazione del "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19" da proporre all'approvazione del Ministero della salute, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020;* ▪ *Deliberazione della Giunta Regionale 15 ottobre 2021, n. 13-3924 Assegnazione ai direttori generali/commissari delle aziende sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2, D. lgs. n. 171/2016 e s.m.i. e dell'art. 1, comma 865, L. n. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei*	

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
			servizi finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per il secondo semestre 2021.	

***data massima**

Tabella 17 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 1.1.2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)"

Step attuativo-procedurale	*Data inizio*	*Data fine*	*Strumento/Atto*	*Note/Criticità*
Pubblicazione delle gare d'appalto e conclusione dei contratti con i fornitori di servizi per il lancio e la realizzazione del rinnovo delle grandi attrezzature	*Le procedure e le tempistiche sono in capo a Consip*	***31/12/2022**	*Le procedure e le tempistiche sono in capo a Consip*	*Le procedure e le tempistiche sono in capo a Consip*
Grande attrezzatura sanitaria operativa	*Le procedure e le tempistiche sono in capo a Consip*	***31/12/2024**	*Le procedure e le tempistiche sono in capo a Consip*	*Le procedure e le tempistiche sono in capo a Consip*

***data massima**

Tabella 18 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Investimento 1.2. "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (PNRR)

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti				
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) – Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) – Esecuzione				
PFTE – Affidamento				
PFTE – Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Progetto Definitivo – Affidamento				

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Definitivo – Progettazione				
Progetto Definitivo – Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				
Appalto Integrato – Stipula contratto				
Progetto Esecutivo – Affidamento				
Progetto Esecutivo – Progettazione				
Progetto Esecutivo – Verifica				
Progetto Esecutivo – Validazione e approvazione				
Pubblicazione gara per interventi strutturali		*31/03/2023		
Lavori – Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo-affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione				
Lavori – Consegna aree e Lavori				
Esecuzione Lavori				
Ultimazione dei lavori		*30/06/2026		

***data massima**

Tabella 19 - Schema di scheda di monitoraggio procedurale Investimento 1.2. "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (PNC)

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Assegnazione dei codici CUP ai progetti				Da MOP
DIP – predisposizione e approvazione S.A.				
INDAGINI – Affidamento				Da MOP
INDAGINI – Esecuzione				
VERIFICA (ex art.26) - Affidamento				
VERIFICA (ex art.26) - Esecuzione				
PFTE - Affidamento				Da MOP
PFTE - Progettazione				
PFTE – Validazione e Approvazione				
Progetto Definitivo - Affidamento				Da MOP
Progetto Definitivo - Progettazione				
Progetto Definitivo - Verifica				
Conferenza dei servizi decisoria				
Progetto Definitivo – Validazione e approvazione				
Appalto Integrato - Affidamento PD e/o PE e LAVORI				Da MOP
Appalto Integrato – Stipula contratto				Da MOP
Progetto Esecutivo - Affidamento				Da MOP

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Progetto Esecutivo - Progettazione				
Progetto Esecutivo - Verifica				
Progetto Esecutivo – Validazione e approvazione				
Pubblicazione gara per interventi strutturali		*31/03/2023		Da MOP
Lavori – Affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
DL, collaudo-affidamento fino ad aggiudicazione non efficace				
Stipula dei contratti per la realizzazione		*30/09/2023		Da MOP
Lavori – Avvio		*31/12/2023		Da MOP
Esecuzione Lavori				Da MOP
Ultimazione dei lavori		*30/06/2026		Da MOP

***data massima**

Tabella 20 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale investimento 1 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)
(b) "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Cutoff per digitalizzazione nativa di tutti i documenti dei FSE. I documenti devono essere nativi digitali fin dall'inizio e coerenti con i recenti standard FHIR.	Entro 45 giorni dalla data dell'atto nazionale che disciplina le specifiche tecniche-funzionali	***31/12/2024**		
I medici di base alimentano il Fascicolo sanitario elettronico (85%)	**01/01/2023**	***31/12/2025**		
Tutte le Regioni/Province autonome hanno adottato e utilizzano il Fascicolo sanitario elettronico		***30/06/2026**		

***data massima**

Tabella 21 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale investimento 1.3.2 Infrastruttura tecnologica del MdS e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA – Reingegnerizzazione NSIS a livello locale. Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Recepimento (adozione) con atto regionale del decreto ministeriale di istituzione dei 2 nuovi flussi per assistenza riabilitativa e consultori	**Entro 45 giorni dalla data del Decreto Ministeriale**	***31/03/2023**		
Recepimento (adozione) con atto regionale del decreto ministeriale di istituzione dei 2 nuovi flussi per ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria	**Entro 45 giorni dalla data del Decreto Ministeriale**	***31/03/2025**		

***data massima**

Tabella 22 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 2.2 (a) "Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Pubblicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della salute	**01/10/2021**	**23/02/2022**	DD 1627/A1406B/2021 del 27/10/2021 Pubblicazione data concorso su Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - serie IV - Speciale Concorsi ed Esami n. 98 del 10 dicembre 2021	N.A.
Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione dell'elenco degli assegnatari di borsa.	**23/02/2022**	**30/04/2022**	DD n. 55/A1406B del 18/01/2022 – Elenco ammessi al concorso	Concorso espletato il 23/02/2022, entro 30 giorni sarà pubblicata la graduatoria degli idonei.
Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET ITA - 900) e trasmettono la documentazione necessaria per il monitoraggio e la rendicontazione	**29/04/2022**	***30/06/2022**	Determina di assegnazione delle risorse all'Azienda individuata quale supporto operativo della Regione Piemonte per la gestione del corso.	Il corso di Formazione 2021-2024 partirà entro il 29/04/2022, le borse saranno assegnate immediatamente a seguire in base alla graduatoria e alla programmazione del corso stesso.
Definizione fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio 2022/2025	**01/07/2022**	**30/09/2022**	Analisi delle Zone Carenti, messa a sistema su modello di monitoraggio delle Cessazioni dei professionisti.	La quantità di borse aggiuntive può non soddisfare il fabbisogno professionale in relazione al trend delle cessazioni dei professionisti.
Pubblicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della salute	**30/09/2022**	**31/12/2022**	Determina di approvazione del bando	N.A.
Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione elenco vincitori.	**01/01/2023**	**31/03/2023**	Determina degli ammessi al concorso, Determina degli ammessi al corso.	N.A.
Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET EU - Ulteriori 900, per un totale di 1.800 borse) e trasmettono la documentazione necessaria per il	**31/03/2022**	***30/06/2023**	Determina di assegnazione delle risorse all'Azienda individuata quale supporto operativo della Regione Piemonte per la gestione del corso.	Il corso di Formazione 2022-2025 partirà entro il 30/03/2022 [tale data è da considerarsi approssimativa dovendo essere condivisa attraverso il tavolo interregionale – Coordinamento Territoriale ER], le borse saranno assegnate immediatamente a seguire in base alla graduatoria e alla programmazione del corso stesso.

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
monitoraggio e la rendicontazione				
Definizione fabbisogno formativo regionale di MMG per il triennio 2023/2026	**01/07/2023**	**30/09/2023**	Analisi delle Zone Carenti, messa a sistema su modello di monitoraggio delle Cessazioni dei professionisti.	La quantità di borse aggiuntive può non soddisfare il fabbisogno professionale in relazione al trend delle cessazioni dei professionisti.
Pubblicazione dei bandi regionali e del conseguente avviso da parte del Ministero della salute	**30/09/2023**	**31/12/2023**	Determina di approvazione del bando	N.A.
Concorso, pubblicazione graduatoria, predisposizione elenco vincitori.	**01/01/2024**	**28/02/2024**	Determina degli ammessi al concorso, Determina degli ammessi al corso.	N.A.
Le Regioni assegnano le borse di studio per la formazione specifica in medicina generale (TARGET EU - ulteriori 900, per un totale di 2.700) e trasmettono la documentazione necessaria per il monitoraggio e la rendicontazione	**28/02/2024**	***30/06/2024**	Determina di assegnazione delle risorse all'Azienda individuata quale supporto operativo della Regione Piemonte per la gestione del corso.	Il corso di Formazione 2023-2026 partirà entro il 28/02/2024 [tale data è da considerarsi approssimativa dovendo essere condivisa attraverso il tavolo interregionale – Coordinamento Territoriale ER], le borse saranno assegnate immediatamente a seguire in base alla graduatoria e alla programmazione del corso stesso.

***data massima**

Tabella 23 – Schema di scheda di monitoraggio procedurale Sub-Investimento 2.2 (b) "Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario: Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere"

Step attuativo-procedurale	Data inizio	Data fine	Strumento/Atto	Note/Criticità
Procedura di selezione dei provider da parte delle Regioni	**01/04/2022**	***31/03/2023**	Manifestazione di interesse / Bando di selezione approvato con provvedimento amministrativo.	Erogazione di formazione di tipo blended (presenza FAD e Learning by Doing). Il bando sarà rivolto ai provider pubblici e privati accreditati ECM dalla Regione Piemonte che operano nel settore sanitario, selezionati sulla base di requisiti specifici.
Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere - Milestone (ITA)	**01/04/2023**	***30/09/2024**	Portale Formazione in Sanità della Regione Piemonte	Inserimento nel Portale Formazione in Sanità della Regione Piemonte del corso di formazione ed utilizzo della Piattaforma MedMood per l'erogazione dei contenuti FAD. Avvio della prima edizione del corso di formazione entro il 30/09/2023.
Numero di dipendenti formati nel campo delle infezioni ospedaliere (52% del Target regionale)**	**01/10/2024**	***31/03/2025**	Monitoraggio del personale formato attraverso Portale Formazione in Sanità della Regione Piemonte	Nel periodo indicato si procede con il monitoraggio in itinere ed ex-post del personale formato (conclusione del percorso formativo). Target:10947 formati.
Completamento della procedura di registrazione per i corsi di formazione sulle infezioni ospedaliere	**01/01/2025**	***31/12/2025**	Portale Formazione in Sanità della Regione Piemonte	Inserimento nel Portale Formazione in Sanità della Regione Piemonte del corso di formazione ed utilizzo della Piattaforma MedMood per l'erogazione dei contenuti FAD. Avvio della prima edizione del corso di formazione entro il 01/04/2025.
Numero di personale formato nel campo delle infezioni ospedaliere (target regionale)**	**01/01/2026**	***30/12/2026**	Monitoraggio del personale formato attraverso Portale Formazione in Sanità della Regione Piemonte	Nel periodo indicato si procede con il monitoraggio in itinere ed ex-post del personale formato (conclusione del percorso formativo). Target: 10106 formati.

***data massima**

****da riproporzionare a livello regionale**



Allegato 5

Action Plan M6C2 2.2 b - INDICAZIONI NAZIONALI SULLA STRUTTURAZIONE DEL PROGRAMMA DEL CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO

INDICAZIONI NAZIONALI SULLA STRUTTURAZIONE DEL PROGRAMMA DEL CORSO

Ogni regione e P.A dovrà predisporre un programma di formazione che includa i seguenti elementi minimi.

In particolare, il programma sarà basato su 4 diversi moduli, indicati di seguito alle lettere A, B, C, D.

A. Modulo di base teorico generale propedeutico ai corsi B e C riguardante le tematiche schematizzate in Tabella 1

Questo modulo, indirizzato a tutti i professionisti iscritti al programma fornisce gli elementi base per l'inquadramento del problema e le diverse misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere.

Tabella 18- Tematiche minime da includere in tutti i moduli di base per gli operatori sanitari

Epidemiologia delle infezioni ospedaliere, in Italia e a livello globale sia nelle strutture per ac che nelle strutture per lungodegenti.
Il problema delle resistenze agli antimicrobici, il PNCAR e le diverse strategie per il contra all'antimicrobico-resistenza (es. antimicrobial stewardship, diagnostic stewardship)
Complessità del contrasto alle infezioni ospedaliere nelle strutture assistenziali: attori coinvol ruoli, il CIO e i modelli di organizzazione aziendale. Individuazione e gestione degli outbreak.
Antisepsi e disinfezione, pulizia e disinfezione dei dispositivi medici, sterilizzazione, sanificazi ambientale, smaltimento dei rifiuti potenzialmente infettanti
Sorveglianza epidemiologica come metodologia alla base della prevenzione, **sistemi sorveglianza**, gestione statistica dei processi correlati alle infezioni (es. carte di controllo), ana e strumenti di feedback e di interpretazione dei dati. **Individuazione precoce degli outbre Screening dei microrganismi multidrug-resistant (MDR)/sentinella**
Precauzioni standard: igiene delle mani, DPI, etc. **Precauzioni aggiuntive da contatto, droplet e via aerea** **Approcci basati su care bundle**
Monitoraggio e valutazione dell'igiene delle mani. I programmi di intervento sull'igiene delle ma
La sepsi e il loro contrasto
Strategie da adottare per prevenire specificatamente le infezioni ospedaliere associate a: catetere vascolare, catetere vescicale, intubazione, pratiche chirurgiche; approcci basati su c bundle
Gestione di eventi epidemici/pandemici
Vaccinazioni dell'operatore sanitario

NB. In grassetto e sottolineati gli argomenti per gli approfondimenti pratici

Il modulo relativamente alle tematiche indicate in tabella 1 sarà erogato in modalità FAD a carattere generale, anche avvalendosi della FAD offerta dall'Istituto Superiore di Sanità alle Regioni e P.A.

B. Modulo pratico

Questa seconda parte del programma di formazione sarà svolta in presenza con approfondimenti pratici e sessioni interattive, simulazioni e formazione sul campo. Questa parte della formazione sarà presso la propria struttura di appartenenza o altra struttura identificata; i temi indicati dovranno essere svolti in funzione della propria professionalità e dell'area (medica/chirurgica/servizi) di attività, con l'obiettivo specifico di acquisire abilità pratiche rispetto alle conoscenze apprese nel corso del corso teorico (Corso A). Questa seconda parte riguarderà i temi in grassetto e sottolineati nella tabella 1. Al termine del modulo i partecipanti dovranno necessariamente essere in grado di:

I. sanificare correttamente superfici, dispositivi medici e ambienti, smaltire correttamente rifiuti potenzialmente infetti
II. applicare correttamente le precauzioni standard e quelle aggiuntive da contatto, droplet e via aerea con particolare riferimento al sapere indossare e rimuovere correttamente i DPI, al lavaggio e all'igiene delle mani, alla gestione delle procedure invasive in ambito medico e asettico
III. applicare correttamente nei diversi setting gli approcci basati sui care bundle
IV. conoscere gli strumenti per monitorare l'andamento delle ICA nei reparti e gli screening per gli organismi MDR.

C. Modulo sul programma locale di contrasto alle infezioni ospedaliere

I contenuti del corso riguarderanno:

- Programma locale di contrasto alle ICA in ambito ospedaliero e sua organizzazione
- Indicatori di struttura e di processo per la prevenzione e controllo delle infezioni
- Approfondimenti riguardanti le diverse professionalità, i diversi setting (es. area medica, chirurgica, terapia intensiva, pronto soccorso) e le principali categorie di ICA in ambito ospedaliero (es. infezioni del sito chirurgico, infezioni correlate a catetere venoso centrale o periferico, infezioni correlate a catetere vescicale, infezioni correlate a device cardiaci e protesi chirurgiche vascolari/ortopediche, polmoniti associate a intubazione, diarrea da C. difficile).

In questo modulo la regione/P.A. potrà indirizzare le tematiche anche in base a specifiche esigenze emerse nella valutazione dei bisogni formativi aziendali e regionali.

D. modulo specialistico riservato agli operatori del CC-ICA (igienisti, clinici, farmacisti, infection nurse, laboratoristi, ecc.)

Tale modulo ha l'obiettivo di migliorare le capacità dei Comitati- ICA (CC-ICA) aziendali sia in termini di competenze specifiche individuali che di organizzazione e integrazione del CC-ICA all'interno della struttura sanitaria. L'obiettivo è quello di innescare

meccanismi di formazione a cascata e rinforzare il networking regionale tra i CC-ICA (approfondimenti su aspetti operativi delle funzioni del Comitato – Sorveglianza, monitoraggio consumo soluzione idro-alcolica e del consumo di antibiotici, verifica del sistema di segnalazione, monitoraggio degli eventi sentinella, outbreak investigation, procedure e protocolli regionali e aziendali, programmi di screening nei confronti di patogeni responsabili di focolai epidemici di MDRO - es. CRE, MRSA, procedure di isolamento, controllo e notifica di malattie diffusive confermate o sospette, indicatori di struttura, processo ed esito per la prevenzione e controllo delle infezioni) e promuovere la conduzione di audit periodici sui dati osservati. Questo modulo potrà essere tenuto per gli interessati prima dei moduli A – B – C al fine di essere di supporto alla loro realizzazione. Infatti, gli operatori del CC-ICA durante la partecipazione ai moduli A-B-C potrebbero fungere anche da formatori, mentori e opinion leader.