DOCUMENTO TECNICO PROPEDEUTICO ALL'ELABORAZIONE DEL PIANO SOCIO SANITARIO

LA VISIONE PER IL SISTEMA SALUTE DEL PIEMONTE

2025 – 2030

APRILE 2025

SOMMARIO

La sanita regionale layout	3
Opportunità e sfide	4
Il metodo di lavoro	6
Il contesto demografico ed epidemiologico	8
La visione per il sistema socio-sanitario Piemontese: equità e geografia dei servizi	10
Governance del sistema salute	12
Criteri per il dimensionamento ottimale dei servizi e del territorio delle A.S.R	13
Gli anziani non autosufficienti	22
Salute Mentale e Dipendenze	23
Le condizioni di disabilità	24
Metodi e gli strumenti da adottare per il governo delle aziende sanitarie regionali	27
Sviluppo tecnologico ed investimenti: grandi apparecchiature, tecnologie ed edilizia sanitaria	33
La ricerca sanitaria e traslazionale	35
Il sistema di accreditamento e ruolo dei soggetti privati	36
La Qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria	37
Liste e i tempi di attesa	38
L'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni	39
Criteri e modalità di partecipazione dei cittadini e delle associazioni	40
Metodi e indicatori per la valutazione del sistema sanitario	41
Change management e forme innovative di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie	42

La sanita regionale layout

Figura 1. La sanità regionale regionale: sintesi della visione d'insieme

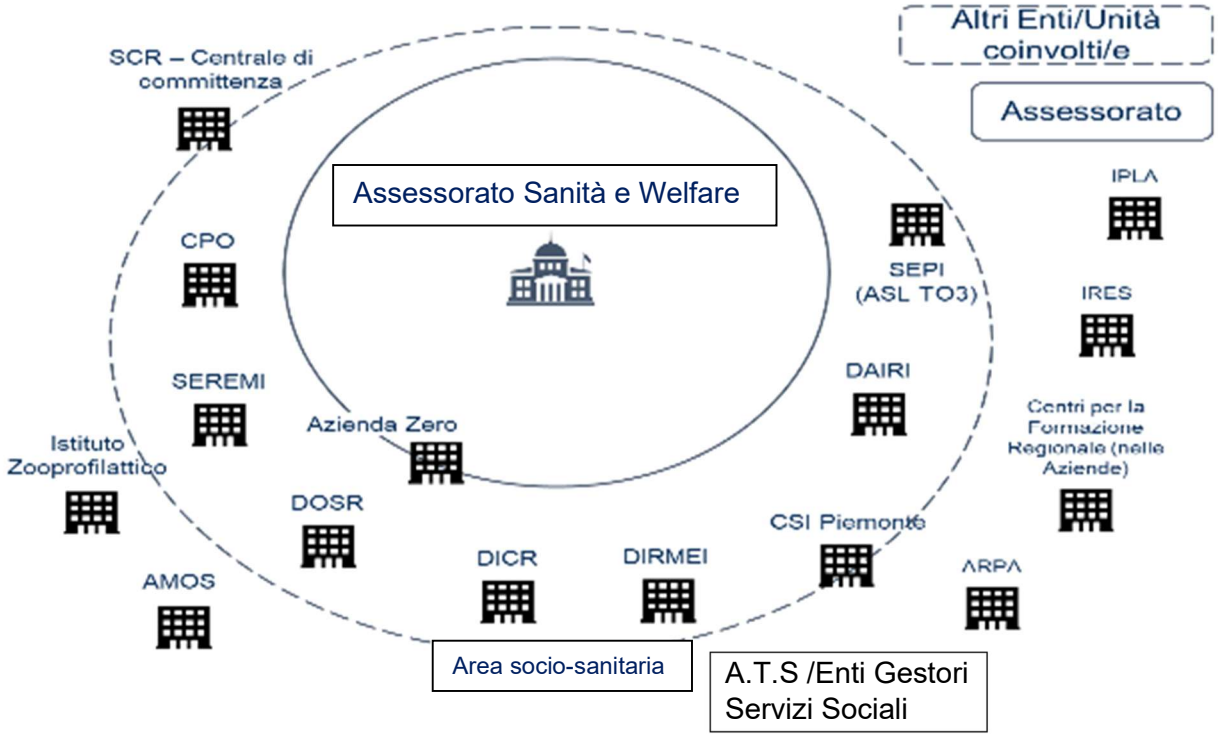
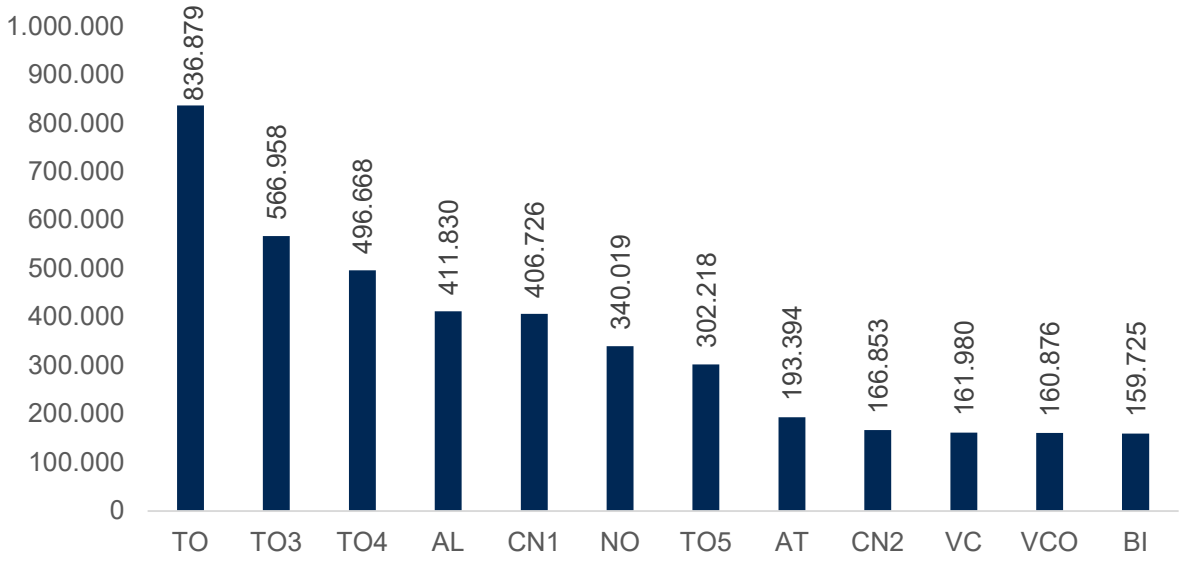


Figura 2. I bacini di utenza delle "aziende territoriali"



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

Università Bocconi
CERGAS
Centre for Research on Health and Social Care Management

REGIONE PIEMONTE

CSI your digital partner

Opportunità e sfide

Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è uno dei sistemi sanitari più evoluti, grazie all'efficacia del suo impianto istituzionale, all'equità nell'accesso alle cure e a un approccio orientato alla promozione di stili di vita sani, alla prevenzione, alla diagnosi precoce delle patologie, alla presa in carico della cronicità e alla riabilitazione, oltre che all'assistenza relativa alle cure acute e specialistiche.

Il SSN rappresenta uno dei principali **beni collettivi** che costruiscono l'**identità della cittadinanza**, oltre a garantire una delle speranze di vita più alte a livello internazionale.

All'interno di questo quadro, il **sistema socio-sanitario piemontese** rappresenta una delle **migliori espressioni del SSN**, riuscendo sempre, nel complesso, a collocarsi leggermente al di sopra della media delle performance delle regioni, su tutte le dimensioni rilevanti che vengono da tempo sistematicamente rilevate.

Tuttavia si sta verificando una **trasformazione storica**, che pone **sfide** che richiedono un profondo ripensamento delle politiche sanitarie, degli assetti organizzativi, delle competenze professionali e delle metriche con cui misuriamo i risultati raggiunti.

L'evoluzione del SSN e del sistema socio-sanitario della Regione Piemonte permette di analizzare con maturità queste sfide e di proporre opportune azioni di sviluppo e cambiamento anche con una prospettiva di lungo periodo, come richiesto dalla profondità delle trasformazioni in atto. Le principali sfide riguardano:

- il **quadro delle risorse disponibili per i sistemi di welfare europei**, stretti tra bisogni crescenti a causa dell'invecchiamento della popolazione e la limitata possibilità di aumentare i finanziamenti, spiazzati dalla strutturale debole crescita economica, dall'aumento delle spese previdenziali, dalla necessità di ridurre il debito pubblico (recentemente aumentato dalle politiche di rilancio dopo il COVID con il PNRR) e dalle nuove priorità allocative (autonomia energetica, green deal, difesa, digitalizzazione);

- la **radicale trasformazione del quadro epidemiologico**, con il 40% della popolazione affetta da patologie croniche, di cui il 6,5% anziani in condizioni di non autosufficienza, che richiedono servizi e competenze diverse rispetto al tradizionale posto letto ospedaliero per acuti;

- il **rapido emergere di conoscenze e tecnologie *disruptive***: la genetica che modifica il modo in cui si effettuano diagnosi e terapie, l'automazione e industrializzazione della diagnostica, la robotica in ambito chirurgico e riabilitativo, l'intelligenza artificiale (AI) che modificherà buona parte dei processi decisionali e rendicontativi clinici, sono esempi di tecnologie che stanno apportando significative trasformazioni al nostro SSN;

- la **trasformazione dei modelli di servizio e di consumo,** dato che in tutti gli ambiti (cultura, retail, viaggi, assicurazioni, banche, ecc.) siamo oramai abituati ad accedere da remoto e a usare piattaforme digitali;

- l**a criticità del numero di personale e di vocazione**, soprattutto in ambito infermieristico e di alcune professioni sanitarie;

- la **disponibilità di big data** e la capacità di analizzarli e visualizzarli, consentendo oggi di conoscere, in particolare in Regione Piemonte, i **consumi** dei cittadini con elevata granularità, permettendo di rilevare situazioni di *over* e *under treatment*, e di intervenire proattivamente laddove si ravvisi un potenziale pericolo o danno per il paziente;

- la consapevolezza crescente che alcune alte specialità richiedono la **concentrazione di casistiche** per sviluppare la necessaria competenza clinica che garantisca ai pazienti la migliore efficacia clinica e sicurezza delle cure, imponendo la strutturale diffusione di logiche di servizi a rete.

Un Sistema Socio-sanitario Regionale (SSR) istituzionalmente e professionalmente robusto deve avere la lungimiranza di comprendere, analizzare e discutere queste grandi e profonde trasformazioni, confrontarle con la propria situazione di partenza, per decidere collettivamente le politiche sanitarie e socio-sanitarie e gli assetti per il futuro. In quest'epoca storica rimanere fermi significa regredire, deteriorare i servizi, perché progressivamente si disallineano ai processi di trasformazione dei pazienti, dei professionisti, delle tecnologie e delle risorse. Essere consapevoli del proprio punto di partenza, comprendere i processi trasformativi in corso per costruire insieme un futuro diverso, più coerente alle nuove conoscenze disponibili e quindi più efficace ed equo, è uno straordinario viaggio che può generare energia collettiva, ingaggiare gli stakeholder e valorizzare la motivazione di tutti i professionisti che si ingaggiano per la cura degli altri e della nostra comunità.

Il Piano Socio-Sanitario presenta la visione per questo viatico che vuole sostenere lo sviluppo del Sistema Socio-Sanitario Piemontese per gli anni 2025-2030, anche con una chiara prospettiva di lungo periodo.

Il metodo di lavoro

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

- **Utilizzo di indicatori qualitativi e quantitativi aggiornati e sistematici**, per comprendere le configurazioni e i risultati del SSR Piemontese e i processi di trasformazione in essere (*approccio basato sulle evidenze*);

- **Adozione costante di prospettive comparative**, sia tramite il confronto del sistema piemontese con altre regioni italiane e/o nel contesto internazionale, sia tramite le comparazioni tra le diverse province piemontesi e, quando utile, tra i distretti (*analisi delle differenze*);

- **Utilizzo sistematico di good practice come elementi di confronto**, cioè le regioni con i migliori risultati e i contesti da cui è più utile apprendere (*confronto con good practice*);

- **Valorizzazione delle rilevanti informazioni disponibili**, utilizzando la significativa quantità di dati strutturati e aggiornati di cui dispone la Regione e le sue Agenzie (in particolare il CSI e IRES) e i sistemi di valutazione nazionali attivati (Nuovo sistema di garanzia, Piano nazionale Esiti, ecc.) per disporre di solidi e riconosciuti sistemi valutativi (*significatività delle metriche*);

- **Sintesi delle politiche sanitarie già attive e deliberate**, come il piano della prevenzione, il piano di rinnovamento della rete ospedaliera, il piano di sviluppo dei nuovi setting territoriali (*ricomposizione delle politiche*);

- **Analisi dei dati di sistema e delle dinamiche ambientali esterne e loro interrelazione;**

- **Proiezione nel futuro dei trend interni ed esterni** per prepararsi agli scenari prospettici ragionevolmente attesi (*proiezione nel futuro*).

Questo approccio 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 ex DM 77 in attuazione del PNRR, ecc.), le banche dati disponibili e le capacità di elaborazione presenti nell'ecosistema regionale,

integrandoli con studi e ricerche di carattere nazionale e internazionale, elaborati sia da istituzioni pubbliche (OCSE, AGENAS, Ministero della Salute, ISS, ecc.) sia da enti di ricerca e università. In questo modo, è promosso il confronto con diversi centri di competenza, portatori di specifiche conoscenze, per giungere ad una diagnosi e visione d'insieme, a partire dai dirigenti del sistema e dai suoi stakeholder.

La sequenza logica del lavoro inizia con l'analisi *as is* della situazione e dei risultati del sistema socio-sanitario piemontese, grazie ai dati disponibili, ai comparatori e alle metriche interpretative resi disponibili dalle molteplici agenzie impegnate nella raccolta di dati e nella loro analisi, in modo da avere consapevolezza dei punti di forza e debolezza del sistema.

A seguire, si procede con la ricomposizione di tutte le politiche sanitarie già attive e in azione per essere consapevoli dei trend di sviluppo e trasformazione già deliberati. La conoscenza del sistema e delle trasformazioni già approvate è interrelata con l'analisi delle grandi tendenze esterne e sistemiche in atto e la valutazione del loro possibile impatto sul sistema di breve, medio e lungo periodo.

La consapevolezza di questi scenari prospettici permette di elaborare una visione per il futuro che parte dalla conoscenza della situazione di partenza e dell'impatto che avranno le sfide attive e che si rafforzeranno per delineare le politiche sanitarie e socio-sanitarie che possono trasformare il sistema in coerenza ai bisogni della popolazione, delle conoscenze e tecnologie disponibili e della relazione in essere tra risorse e bisogni. La visione integra e in larga parte declina e specifica le politiche sanitarie già approvate e in essere.

Le tematiche e gli oggetti di analisi sono i seguenti:

- **la composizione demografica, sociale ed epidemiologica regionale**, osservando dinamiche evolutive e trend futuri;
- **i bisogni di salute e la mappa dei consumi sanitari**, al fine di identificare gli effettivi tassi di copertura attuali e prospettici e le variabilità tra territori e setting assistenziali;
- **la rete di offerta dei servizi**, valutata rispetto la *clinical competence* deducibile dalle casistiche e dalle specializzazioni, valutando anche la sua equità distributiva dal punto di vista geografico;
- **gli esiti di salute** attraverso una selezione di indicatori validati e rilevanti (PNE, NSG, ecc.);
- **le risorse umane, tecnologiche, infrastrutturali disponibili** a confronto con la domanda esplicita, con i livelli quali-quantitativi dei servizi e, ove possibile, con standard nazionali di

riferimento.

Il contesto demografico ed epidemiologico

Lo stato di salute della popolazione piemontese

La popolazione del Piemonte sta attraversando un **processo di invecchiamento progressivo**, 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, come l'indice di vecchiaia (232), la dipendenza strutturale (61) e la dipendenza degli anziani (43), sono più elevati rispetto agli altri territori.

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 particolarmente elevati, con Biella che ha toccato il valore di 306,6 e Alessandria di 273, numeri che evidenziano come, in queste aree, il rapporto tra anziani e giovani sia fortemente squilibrato, circa di 3 a 1. Contestualmente, l'indice di dipendenza strutturale, che indica il rapporto tra la popolazione attiva e quella non attiva, continua a crescere, sottolineando l'esigenza sempre maggiore di risposte di policy per supportare la popolazione fuori dall'età lavorativa.

Le previsioni demografiche per la Regione mostrano un futuro caratterizzato dalla continua diminuzione della popolazione (tabella)**.** Tra il 2023 e il 2050, si prevede una riduzione del numero di abitanti, che passerà da 4.251.351 a 3.936.841, con una perdita 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 tassi di crescita della popolazione straniera elevati, rispettivamente +9,4 e +9,8 per mille abitanti **Tuttavia, questa compensazione non è sufficiente a invertire la tendenza complessiva di declino demografico**.

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

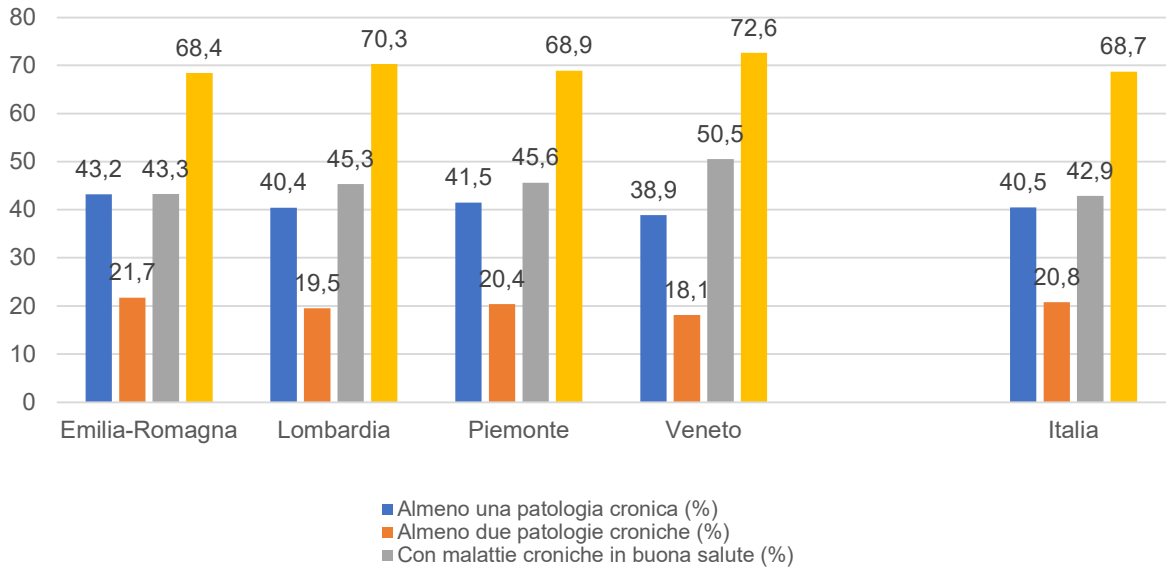
Fonte: Istat, Demografia in cifre, 2023

I dati sulla composizione delle famiglie rivelano una chiara tendenza alla frammentazione, con un aumento delle famiglie unipersonali e una diminuzione di quelle con figl**i**, un fenomeno che si inserisce nel contesto del calo demografico 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 evidente in Piemonte, ma anche in Emilia Romagna, dove le famiglie unipersonali superano rispettivamente il 38% e il 36% del totale, rispetto alla media italiana (34,4%).

Vista la loro rilevanza, è opportuno approfondire il già segnalato **aumento dell'incidenza e della prevalenza delle malattie croniche**. Questo fenomeno è naturalmente collegato all'invecchiamento della popolazione, ma è anche esacerbato da stili di vita poco salutari, come una dieta scorretta, la sedentarietà e il consumo di alcol e tabacco. Le malattie croniche, come diabete, malattie cardiovascolari, artrite e malattie respiratorie, sono spesso accompagnate da comorbidità e multimorbidità, fenomeni che vedono le persone convivere con più patologie contemporaneamente e questo comporta un aumento significativo della complessità nella

gestione della salute, con un impatto diretto sulla qualità della vita dei pazienti e una crescente pressione sul sistema sanitario. I dati relativi all'incidenza delle malattie croniche sono tendenzialmente allineati tra le regioni, come si può osservare dalla Tabella seguente.

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



Fonte: ISTAT (2024)

La visione per il sistema socio-sanitario Piemontese: equità e geografia dei servizi

Principali strumenti a cui attribuire priorità nella programmazione

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

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

Oggi, l'equità deve essere intesa sempre più come equità degli esiti, cioè la garanzia di risultati di salute omogenei, e come equità delle cure, cioè 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 le prestazioni ad alta specializzazione e che richiedono soglie di casistica minima per disporre della massa critica necessaria per l'efficacia clinica, la sicurezza, la ricerca, la disponibilità di tecnologie di rilievo frequentemente rinnovate.

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

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

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

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

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

Le reti – costituende o attive – ospedaliere o territoriali, le reti per patologie, le reti tempo-dipendenti, così come le reti territoriali devono essere costruite e ispirate da questi principi, per salvaguardare sempre l'appropriatezza nelle sue diverse declinazioni.

Governance del sistema salute

La governance del sistema si articola su tre dimensioni distinte: la geografia delle aziende, l'assetto della Regione, i processi di relazione tra Assessorato e aziende.

La Regione Piemonte è tra le più ampie e differenziate d'Italia per specificità dei singoli contesti territoriali. La dimensione delle proprie ASL e delle proprie aziende ospedaliere è coerente con tali specificità e può essere utilmente mantenuta, evitando i costi elevati dell'ingegneria istituzionale in un momento in cui è prioritario sviluppare e differenziare i contenuti dei servizi sanitari, senza disperdere energie nella riorganizzazione dei contenitori istituzionali.

Questo impone alle aziende di ricercare forme di collaborazione, laddove la massa critica risulti determinante per l'efficacia e l'efficienza delle funzioni. Ciò riguarda sia le funzioni amministrative (es. concorsi inter-aziendali), sia le funzioni logistiche (es. magazzini unici), sia le funzioni diagnostiche (es. laboratori unici), sia le reti cliniche (es. reti tempo-dipendenti).

Le sinergie tra aziende possono essere sviluppate:

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

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

La Regione ha sviluppato un sistema ricco e articolato di agenzie, come è avvenuto in tutte le Regioni italiane, in particolare in ambito sanitario e socio-sanitario. La Regione Piemonte ha costruito a fianco del proprio Assessorato alla Sanità un ecosistema che include: l'Azienda Zero, l'Osservatorio Epidemiologico, una rete di aziende responsabili della formazione

manageriale e altre funzioni centrali allocate a geografia variabile, come nel caso del DAIRI, del DIRMEI, del SEREMI nonché del CSI, di SCR, di IRES, ecc.

Questo modello strutturale rappresenta una ricchezza importante di ruoli e funzioni, di competenze, di dati e di prassi operative. Ora è possibile definire più precisamente i ruoli reciproci, valorizzando le rispettive competenze e creando i più efficaci meccanismi di coordinamento. All'Assessorato tramite la Direzione Sanità spettano unitariamente tutti i compiti di programmazione, indirizzo, finanziamento, e controllo. Azienda Zero deve centralizzare le funzioni amministrative ritenuti utili (es. acquisti) ed essere soggetto attuatore delle politiche definite dall'Assessorato che richiedono una azione centrale (es. progetti di digitalizzazione). Gli osservatori epidemiologici e le reti formative inter-aziendali devono ricevere annualmente chiari indirizzi con precisi obiettivi e livelli di servizio attesi.

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

Criteri per il dimensionamento ottimale dei servizi e del territorio delle A.S.R

L'articolazione in rete dei servizi delle Aziende Sanitarie Regionali

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

Il coordinamento tra Assessorato, Direzione Sanità e Aziende avviene a geografia variabile, sia collegialmente, sia per quadranti, sia per natura delle aziende (ASL vs Aziende Ospedaliere), di norma coinvolgendo anche le altre agenzie del sistema di governo centrale. Gli strumenti di lavoro comprendono indicazioni amministrative da condividere e concertare,

report e analisi quantitative sui dati, processi di co-progettazione con gruppi di lavoro inter-aziendali, attività di audit clinici ed organizzativi.

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

Prima la prevenzione

La prevenzione si articola in tre aree:

a) la crescita della *literacy* sanitaria dei cittadini e la conseguente adozione di corretti stili di vita e la consapevolezza dei diritti e dei servizi disponibili, in una società sempre più clusterizzata;

b) vaccinazioni e screening;

c) la prevenzione è da intendere sempre più come reclutamento precoce dei pazienti, in particolare quelli cronici e fragili e il sostegno alla loro aderenza ai percorsi di cura.

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

Il ruolo pivotale dei Dipartimenti di Prevenzione deve essere consolidato. Oltre a essere osservatori epidemiologici, programmatori locali ed erogatori di prestazioni dirette, devono diventare consulenti e interlocutori chiave per altri servizi e istituzioni. La crescita della *literacy* sanitaria può essere più efficace attraverso social media, luoghi di lavoro, supermercati e scuole. I Dipartimenti di Prevenzione sono i centri in cui sono raccolte le competenze che possono attrezzare queste agenzie diffuse di influenza delle consapevolezze dei cittadini. Allo stesso modo, il reclutamento precoce dei pazienti avviene in pronto soccorso, negli ambulatori degli MMG, nelle visite specialistiche: si tratta di attivare processi di *nudging* per i professionisti, metriche, canali di invio strutturati affinché ciò avvenga. Il ruolo che possono giocare trasversalmente i dipartimenti di Prevenzione è sempre più rilevante. I piani strategici aziendali delle ASL devono adempiere e realizzare questo loro ruolo pivotale trasversale che può irradiare competenze e soluzioni operative innovative alle diverse partizioni aziendali.

La multicanalità e i nuovi linguaggi digitali devono diventare una leva per le politiche preventive. L'invio di lettere cartacee è sempre più costoso e inefficace: occorre modificare radicalmente i canali e i format comunicativi, adattandoli ai target da raggiungere: giovani, 50enni lavoratori e lavoratrici all'esordio delle patologie croniche, anziani, differenziati per area geografica e livello

di istruzione.

I differenziali di risultati tra aziende in termini di tassi vaccinali, di screening effettuati e di stili di vita della popolazione diventano target qualificati stringenti sia per i dipartimenti di Prevenzione, sia per le direzioni aziendali, sia per le altre unità aziendali, dovendo di fatto diventare una bussola dell'azione quotidiana. Su di essa, l'Assessorato deve attivare processi trimestrali di benchlearning, al fine di discutere le soluzioni comunicative e di servizio adottate dalle diverse aziende, nonché i risultati raggiunti, in un'ottica di apprendimento reciproco e di riconoscimento degli incentivi e dei finanziamenti aziendali.

Lo sviluppo dei setting territoriali: vocazione, programmazione locale, rete di servizi

Nella Regione Piemonte sono attivi attualmente 33 Distretti sanitari.

La Regione ha avuto la capacità nel tempo di attivare un importante numero di ambulatori territoriali, sia pubblici che privati accreditati, affiancati dall'esperienza consolidata dei CAVS come strutture territoriali intermedie dotate di posti letto, ai quali il legislatore nazionale si è ispirato per la creazione dei nuovi Ospedali di Comunità.

A questa già ricca – seppur un po' dispersa – rete di offerta si aggiungono i nuovi setting territoriali previsti dal DM 77/2022 e dagli atti regionali di recepimento e finanziati dal PNRR: 91 Case di Comunità (CdC), 30 Ospedali di Comunità (CdC) e 43 Centrali Operative Territoriali (COT).

Tuttavia i punti di erogazione finanziati dal PNRR appaiono da consolidare in termini quali-quantitativi. Ogni ASL è chiamata a programmare l'evoluzione di questi setting, bilanciando l'integrazione tra strutture esistenti e nuove realtà in via di sviluppo. Ciò avverrà attraverso un piano strategico ed organizzativo aziendale che assicuri un equilibrio coerente tra le risorse disponibili e le esigenze territoriali.

Ognuno dei setting previsti dal DM 77 propone delle vocazioni alternative, tra cui per l'appunto è possibile scegliere. Questa scelta può essere differenziata anche nei singoli distretti a seconda delle priorità, delle competenze stratificate e delle tradizioni locali.

L'Ospedale di Comunità può assumere diverse funzioni: (i) agire come setting post-acuto in step down dall'ospedale; (ii) agire come luogo di rifunzionalizzazione dell'anziano fragile e di educazione alle cure per i caregiver in step up dal domicilio, anche con l'obiettivo di evitare ospedalizzazioni inappropriate; (iii) può essere un luogo di prima presa in carico di anziani non autosufficienti che necessitano di un inserimento in RSA. 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.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) può e deve occuparsi di un numero ragionevole di pazienti, pena il rischio di diventare un collo di bottiglia che rallenta invece che fluidificare la transizione tra setting assistenziali. Può avere come focus principale: (i) i *bed blockers* ospedalieri per accelerare i tempi di dimissione; (ii) può occuparsi di sinergie tra salute mentale/dipendenze e servizi specialistici ospedalieri vista l'età media dei pazienti presi in carico da questi servizi; (iii) può occuparsi prevalentemente della filiera anziani per ADI, OdC, riabilitazione, RSA in connessione con il PUA e i servizi sociali comunali; (iv) può gestire le agende della specialistica ambulatoriale correlandole con i piani assistenziali integrati per i pazienti cronici, in modo da garantire una piena corrispondenza tra prescritto e prenotato almeno per i pazienti più fragili.

Allo stesso modo, le **Case di Comunità – hub o spoke** – possono avere una funzione prevalentemente erogativa oppure orientarsi verso la prevenzione, l'accesso, la valutazione, il reclutamento precoce e la presa in carico, assicurando l'effettiva fruizione dei servizi prescritti, in coordinamento con le COT. Se assumono una funzione erogativa, le CdC possono essere focalizzate: (i) sulle prestazioni ambulatoriali per i cronici; (ii) sulle prestazioni per anziani fragili (OdC, ADI, riabilitazione, palliazione, dialisi, ecc.); (iii) sulla concentrazione in un unico luogo per ogni territorio aziendale dei servizi dei dipartimenti specialistici territoriali: prevenzione, salute mentale, dipendenze, neuropsichiatria infantile, consultorio materno-infantile, ecc.

La finalità principale delle **cure domiciliari** è quella di fornire a domicilio tutti gli interventi professionali necessari per l'attuale condizione di salute del utente, sostenere le capacità di auto-cura dell'individuo e della famiglia, trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento e favorendo il recupero e il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, al fine di migliorare la loro qualità di vita. L'intervento a domicilio è legata anche alla impossibilità della persona, per motivi sanitari, di recarsi presso le sedi ambulatoriali.

Il Distretto ha la funzione e l'opportunità di costruire la rete socio-sanitaria e socio-assistenziale locale integrata, coinvolgendo i servizi sociali degli enti locali, oggi gestiti in massima parte dai Consorzi, con delle geografie a specchio con i distretti, gli erogatori di prestazioni socio-sanitarie pubblici e privati, le farmacie di servizio del proprio ambito territoriale e le associazioni del volontariato e di advocacy locali.

La rete richiede processi di co-programmazione, di definizione complementare dei ruoli e delle funzioni, di *pooling* delle risorse e di presa in carico integrata degli utenti. Si tratta di un processo lungo e complesso, ma estremamente promettente e sempre più necessario in una stagione di

crescente solitudine e frammentazione delle famiglie, nonché di frequente compresenza di bisogni sociali e sanitari, soprattutto nelle categorie più fragili e negli ambiti più delicati, quali la salute mentale, le dipendenze, la disabilità adulta, la non autosufficienza anziana.

I soggetti della rete operano con diversi modelli di finanziamento:

- Pubblico totale (sanità e sociale)
- Misto pubblico-privato (RSA per anziani)
- Prevalentemente privato (farmacie dei servizi)
- Risorse di comunità (volontariato)

Il distretto può cogliere l'opportunità di integrare risorse che provengono da fonti pubbliche, private e comunitarie diverse, a maggior beneficio degli utenti, che possono ritrovare un quadro di servizi ricomposto.

Le ASL si trovano davanti una straordinaria opportunità di riorganizzazione e qualificazione dell'offerta territoriale, potendo rispondere alle singole specificità territoriali, che sono diverse nei singoli distretti e sotto-partizioni dei distretti, a seconda del quadro demografico ed epidemiologico locale.

In particolare, devono decidere quali e quanti spazi sviluppare e mantenere e le loro vocazioni distintive e sviluppare la funzione di committenza attraverso la definizione degli accordi contrattuali da sottoscrivere tra l'ASL con ruolo sinallagmatico e AO/AOU.

Le reti ospedaliere

Il percorso di dimensionamento ed evoluzione del sistema sociosanitario piemontese richiede un approccio che valorizzi le interconnessioni tra i diversi nodi della rete.

Ogni intervento – che riguardi i servizi ospedalieri, territoriali, la prevenzione o la gestione delle cronicità – deve essere progettato considerando l'impatto sull'intero ecosistema, garantendo coerenza con i bisogni della popolazione.

Per supportare questo processo, è fondamentale adottare strumenti avanzati che, attraverso valutazioni basate su evidenze, permettano di prevedere e misurare gli effetti delle politiche prima della loro implementazione, ottimizzando risorse e mitigando rischi.

Questo metodo trasforma decisioni intuitive in scelte giustificate da criteri misurabili e contestualizzate, allineate alle necessità reali della popolazione e calibrate sul contesto in cui vengono applicate.

Il tasso di ospedalizzazione in Piemonte è pari a 112 per mille abitanti, un valore superiore a quello del Veneto (106) e della Lombardia (104), ma in linea con la media nazionale. La mobilità sanitaria in entrata compensa in valore quella in uscita.

L'offerta ospedaliera risulta piuttosto frammentata a causa dell'elevato numero di presidi, determinando in alcuni casi volumi di attività ridotti, sebbene in misura meno marcata rispetto alla media nazionale. Attualmente, per diversi piccoli o piccolissimi ospedali è necessario ridefinire con chiarezza la vocazione attraverso un approfondito lavoro di concertazione territoriale.

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.

In questo quadro, la Regione Piemonte intende valorizzare l'eccellenza clinica grazie ad adeguati investimenti tecnologici, e infrastrutturali già deliberati, all'interno delle progettualità di edilizia ospedaliera già pianificate.

Peraltro le Aziende Ospedaliere devono consolidare la propria capacità di attrazione dei pazienti anche da altre Regioni e il peso del case mix della casistica trattata.

Al contempo la Regione, preservando i LEA su tutto il proprio territorio, tenderà, di concerto con le realtà locali, a ridefinire la vocazione dei piccoli ospedali, orientandoli su attività cliniche in armonia con lo sviluppo della rete dei servizi territoriali, considerandoli parte del piano strategico di sviluppo dei servizi delle singole ASL.

Il principio guida che ispira l'aggiornamento della rete ospedaliera è assicurare che ogni paziente sia esposto ad unità operative che garantiscano competenza clinica, sicurezza e aggiornamento tecnologico, con particolare priorità per le condizioni o patologie tempo-dipendenti. In un contesto di dimensioni aziendali contenute, questo impone di sviluppare sinergie operative inter-aziendali, valorizzando le vocazioni specifiche dei singoli presidi e

rafforzando modelli di rete ospedaliera Hub&Spoke o HubVSSpoke.

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

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

Le reti ospedaliere inter-aziendali sono programmate e 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.

Il tavolo di coordinamento inter-aziendale di quadrante per le reti ospedaliere coordinato dalla Direzione Sanità deve consolidare le reti, sia tempo-dipendenti che cliniche, assicurando sempre i livelli di casistica minimi in grado di garantire la clinical competence e l'appropriatezza clinica ed organizzativa

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

E altresì si riscontra una significativa mobilità intraregionale, che incide in maniera particolare sulle aree di riferimento di tali ospedali. Appare pertanto necessaria una maggiore ottimizzazione della rete dei punti nascita che, sempre tenendo conto della grande variabilità geografica del territorio piemontese e della necessità di garantire i LEA anche in dette aree, possa concentrare i ricoveri nelle strutture con maggiori competenze, al fine di garantire sempre la massima perizia clinica e la più alta sicurezza, migliorandone di conseguenza gli esiti di salute.

Le reti di Emergenza-Urgenza

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

intensità assistenziale da garantire nelle strutture di Pronto Soccorso (PS).

Si rende quindi necessario **r**ipensare il sistema di Emergenza-Urgenza per renderlo più appropriato, sostenibile, efficiente ed efficace da un punto di vista dell'esperienza degli utenti e dello sviluppo professionale dei professionisti. I cinque principi su cui appare necessario rifondare il sistema sono i seguenti:

a) Distinzione netta tra emergenza (condizione evolutiva, codici rossi e arancioni), urgenza (condizione non evolutiva-codici azzurri e verdi) e la non urgenza (codici bianchi);

b) Rafforzamento della presa in carico dei pazienti fragili (in particolare dei pazienti under 14 e over75) e la costruzione di percorsi ad hoc nella rete di 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 e in particolare emerge la necessità immediata di integrazione tra la rete di emergenza-urgenza, Pronto Soccorso e Ospedali, per ridurre il boarding nei Pronto Soccorso, così come risulta indispensabile il rinnovamento degli apparati di comunicazione del 118, con un progetto strutturato e armonizzato con i sistemi di protezione civile.

L'applicazione di questi principi, a partire dalla ricchezza esistente, permette di riequilibrare le reti di PS all'interno delle aree funzionali omogenee (es. a livello di quadranti), in conformità con le indicazioni del DM70 sui bacini di utenza, tenendo presente i vincoli dettati dalle zone disagiate e il contemporaneo sviluppo dell'offerta territoriale (es. Case di Comunità) e di potenziare l'organizzazione di rete anche nell'ambito dell'E-U.

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

Area materno infantile

Le politiche sanitarie sulla salute materno-infantile sono fondamentali per garantire il benessere di madri e bambini, riducendo la mortalità e le complicanze durante gravidanza e parto. Inoltre, gli investimenti in quest'area favoriscono la salute infantile e riducono le disuguaglianze socio-sanitarie.

I dati evidenziano come il calo delle nascite in Italia prosegua inesorabile, confermando un trend che ormai caratterizza da anni il Paese. I dati, infatti, evidenziano una diminuzione significativa rispetto agli anni precedenti: si sono registrati 382.621 nati, in calo rispetto alle 393.997 nascite del 2022 e alle 401.087 del 2021. Anche in Regione Piemonte si riflette questo fenomeno, che segna una nuova fase di fragilità demografica.

Un secondo focus riguarda gli accessi ai Pronto Soccorso delle strutture ospedaliere piemontesi da parte dei minori di età compresa tra 0 e 14 anni, che mostrano notevoli differenze a livello regionale. Le percentuali degli accessi, calcolate sulla base della popolazione di riferimento (accessi in Pronto Soccorso di minori 0-14 anni rispetto alla popolazione totale di 0-14 anni), variano sensibilmente tra le diverse ASL. Queste differenze possono essere spiegate da vari fattori, tra cui il diverso ruolo della medicina territoriale nei vari territori e andrebbero approfondite per verificare la capacità di tali servizi di dare risposte alternative al PS.

Un ulteriore focus è quello sul disagio psicologico minorile attraverso i dati della neuropsichiatria infantile. La domanda di prestazioni, come in tutta Italia, è in deciso aumento, con fabbisogni molto eterogenei quali, ad esempio, i disturbi dello spettro autistico, gli esordi psicotici precoci, i disturbi alimentari o i disturbi del neurosviluppo. Tali trend, rafforzati dall'impatto della pandemia sulla popolazione giovanile Piemontese, sono confermati a partire da due elementi: l'aumento delle prestazioni ambulatoriali e specialistiche in neuropsichiatria infantile e 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, la Regione investe sul percorso nascita, sulla salute dell'infanzia e dei bambini in età scolare e adolescenziale, promuovendo l'integrazione tra i diversi servizi, favorendo sicurezza e qualità delle cure, e supportando in particolare le situazioni di fragilità materne e dei nuclei familiari.

Gli anziani non autosufficienti

In Piemonte vivono oggi 255.000 anziani non autosufficienti, di cui il 78% a domicilio e il 12% in RSA. Il 16% riceve l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), ma per una media di sole 9 ore annue. Il peso dell'assistenza ricade dunque in larga misura sulle famiglie, supportate da circa 82.000 caregiver informali (badanti). Purtroppo, non è realistico attendersi risorse aggiuntive significative per colmare il divario tra i bisogni assistenziali e le risorse disponibili, né dal fondo sanitario né da quello sociale nazionale.

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. Un primo obiettivo del presente piano è quindi promuovere una maggiore equità distributiva tra i territori.

Una razionalizzazione dei servizi territoriali, delle reti ospedaliere e dell'emergenza-urgenza potrebbe liberare alcune risorse da destinare allo sviluppo della rete dei servizi, con l'obiettivo di garantire una distribuzione più equa tra province e distretti, in funzione della prevalenza relativa degli anziani non autosufficienti.

Un secondo asse di sviluppo riguarda una maggiore qualificazione e differenziazione delle cure domiciliari nelle loro diverse configurazioni (ADI, ADP, assistenza infermieristica, ecc.), anche considerando il ruolo dei Consorzi socio-assistenziali.

Si delineano almeno tre distinte vocazioni per l'insieme di questi servizi:

a) il supporto ad anziani non autosufficienti con prevalenti bisogni socio-assistenziali;

b) il sostegno alle dimissioni protette ospedaliere per la definitiva stabilizzazione del paziente;

c) le 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, piuttosto che frammentare l'assistenza.

Un terzo asse di sviluppo è l'integrazione della rete dei servizi per gli anziani fragili. Si punta a valorizzare le attuali modalità di accesso unitario, come il PUA (sportello fisico presso le Case della Comunità) e il numero 116117 (sportello da remoto), oltre al ruolo delle COT (Centrali Operative Territoriali) come snodo di transizione e indirizzo. La creazione di una filiera di servizi più articolata (OdC, ADI, riabilitazione, CAVS, RSA, ecc.) permetterà di integrare risorse pubbliche, private e familiari a livello distrettuale, superando l'attuale frammentazione tra sanità e sociale verso l'integrazione multilivello.

Salute Mentale e Dipendenze

Il sistema di salute mentale piemontese si trova ad affrontare importanti sfide, tra cui l'invecchiamento della popolazione assistita e i bisogni emergenti.

La dotazione di posti letto in strutture residenziali è più alta rispetto alla media italiana e alle principali regioni benchmark.

Appare dunque necessario intervenire per intercettare e ingaggiare precocemente la nuova utenza, implementare progetti di prevenzione. Ciò sarà possibile utilizzando il recovery come nuovo paradigma, grazie a strutture «community based» e a minor intensità, e favorendo un approccio «place and train» a sostituzione del «train and place» che potenzi gli interventi abitativi.

Con riferimento alle dipendenze, a livello nazionale si registra un trend in crescita del consumo di sostanze psicoattive tra i giovani e l'emergere di nuove dipendenze. In Piemonte, in particolare, si conferma la riduzione della quota relativa di utenti trattati per dipendenza primaria da oppiacei e la stabilizzazione di soggetti alcolisti e dipendenti da cannabinoidi, mentre continua a crescere la quota relativa di utenti trattati per dipendenza primaria da cocaina o crack. Per quanto riguarda la tipologia di intervento erogato dai servizi di primo livello, l'offerta varia notevolmente su base regionale. Il Piemonte presenta, inoltre, il numero importante di unità di personale in rapporto alla popolazione sebbene con caratteristiche molto variabili tra le diverse ASL. Al contempo, si riscontra una intensificazione dei progetti di prevenzione, soprattutto nelle scuole.

In prospettiva, la Regione è chiamata ad adottare un approccio integrato tra SERD, DSM (e NPIA) e DP al fine di rilanciare le attività di prevenzione, essenziale a fronte dell'aumento fra

gli adolescenti del consumo di sostanze illegali e della maggiore diffusione di nuove dipendenze e comportamenti a rischio.

Le condizioni di disabilità

in Piemonte le persone con disabilità – ovvero che soffrono a causa di problemi di salute, di gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali – 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: ciò significa mettere a sistema tutti gli strumenti idonei a monitorare i diversi ambiti di vita, raccogliendo informazioni sull'accessibilità degli ambienti, dei trasporti, dell'informazione e delle tecnologie, sull'accesso ai servizi sanitari e socioassistenziali e sulle 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).

Le criticità attualmente presenti nel sistema dei servizi socio sanitari destinati alla persone con disabilità sono principalmente:

- la disomogeneità nella presa in carico integrata socio sanitaria, che deve essere finalizzata all'attuazione di percorsi personalizzati e individualizzati specifici per patologia prevalente e livello di disabilità posseduta;

- la carenza di 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;

- la variabilità nella presenza quali/quantitativa dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali a livello dei diversi territori.

Le politiche e gli interventi a favore delle persone con disabilità necessitano di

programmi personalizzati, che affrontino in maniera globale le specifiche criticità; tali interventi si caratterizzano come processi di presa in carico che implicano sia la stretta integrazione tra l'assistenza sociale e quella sanitaria, sia la predisposizione di politiche attive nei diversi ambiti sociali (scuola, lavoro, partecipazione sociale ecc.).

Le persone con disabilità necessitano di modalità di presa in carico più individualizzate e personalizzate con una maggior rispondenza ai bisogni specifici e in particolare, per le persone in situazione di grave disabilità, progetti individualizzati con finalità clinico assistenziali.

Pertanto, una corretta definizione degli interventi da attivare deve essere basata su un approccio alle problematiche delle persone tenendo conto del loro bisogno, sia esso sanitario, socio-sanitario o socio-assistenziale.

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

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

I programmi da realizzare si caratterizzano per:

- il riesame del modello organizzativo gestionale dei servizi domiciliari e del modello di assistenza residenziale e semiresidenziale, con la previsione di una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale al fine di renderlo maggiormente adeguato ai variegati bisogni della popolazione disabile;

- il miglioramento della presa in carico da parte della rete dei servizi distrettuali attraverso un adeguato percorso di valutazione del bisogno e della conseguente predisposizione di un progetto individuale rispondente alle necessità specifiche delle persone con disabilità.

- la ottimizzazione alla fase estensiva del percorso assistenziale, tipica di persone con disabilità complesse e/o patologie cronico degenerative gravemente invalidanti che necessitano di maggiore intensità d'intervento riabilitativo e assistenziale, onde evitarne l'inappropriato protrarsi della permanenza nei reparti ospedalieri o in strutture

di lungodegenza

Tali modelli sono conformi alla concezione della disabilità coerente con tutti gli aspetti sociali, relazionali, familiari e assistenziali che riguardano il paziente, oltre a quelli prettamente sanitari.

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

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

MONITORAGGIO SULL' ACCESSO AI SERVIZI PER LE PERSONE DISABILI - QUARTO TRIMESTRE ANNO 2024 (1/10-31/12)

Dati riassuntivi delle ASL

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

essere gestito, presidiato e accompagnato, anche in funzione dell'assenza di nuove risorse economiche di provenienza pubblica stanziate a livello statale a sostegno di questa trasformazione.

Spazio di lavoro e proposte

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

1) determinazione e aggiornamento del fabbisogno regionale delle strutture residenziali e diurne per persone con disabilita ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

2) progetto di revisione della normativa regionale relativa all'area disabilità e in particolare della DGR 230-23699 del 22 dicembre 1997 con la quale è stato definito il modello integrato di assistenza residenziale e semi-residenziale socio-sanitaria in favore delle persone con disabilità.

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

- programmando e stabilendo le modalità di riordino ed eventuale riunificazione delle unità di valutazione presenti sul territorio, per garantire l'unitarietà della presa in carico e degli interventi di sostegno;

- disciplinando i profili soggettivi per l'individuazione del referente per l'attuazione del progetto di vita e i suoi relativi compiti;

- co-programmando gli strumenti correttivi di integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito dei loro modelli organizzativi con gli enti del terzo settore, sulla base della rilevazione dei fabbisogni emersi dalle valutazioni multidimensionali.

Metodi e gli strumenti da adottare per il governo delle aziende sanitarie regionali

Risorse umane

Il personale medico tornerà a essere quantitativamente sufficiente, ma sempre meno disposto ad operare in setting decentrati e caratterizzati da carenze in alcune discipline. Negli anni a venire, si prevede un aumento significativo della carenza di infermieri e, in parte, anche di OSS. Pertanto, per quanto riguarda il personale delle professioni sanitarie, risulta fondamentale avviare strategie mirate per accrescere l'attrattività del settore e fronteggiare la prossima ondata di pensionamenti, soprattutto considerando il numero insufficiente di nuovi laureati nelle materie infermieristiche. A tal fine, oltre che garantire gli opportuni fabbisogni di Personale, è necessario:

a) Sviluppare strategie per qualificare ulteriormente le professioni sanitarie;

b) Esplicitare le attività che possono essere svolte in autonomia, parziale o totale, dal personale delle professioni sanitarie, e sviluppare analisi delle funzioni trasferibili da infermieri/tecnici a personale sociosanitario o amministrativo;

c) Avviare un piano capillare di presentazioni della professione infermieristica nelle scuole superiori, accompagnate da campagne di comunicazione regionali;

d) Definire il rapporto medici/infermieri e il rapporto infermieri/OSS in funzione della tipologia di azienda e dei bisogni;

e) Incrementare la formazione e le assunzioni di personale OSS in giovane età;

f) Favorire politiche efficaci di gestione dell'invecchiamento (flessibilità, job rotation, affiancamento, presidio della sorveglianza sanitaria, ecc.).

Per quanto riguarda la dirigenza medica e sanitaria, è urgente implementare strategie di valorizzazione professionale, affrontando in particolare le difficoltà di attrazione e retention in alcune aziende, stabilimenti e discipline. A tal fine, è necessario:

- Potenziare i percorsi individuali di formazione e sviluppo;
- Premiare il merito e accompagnare la crescita professionale sul terreno organizzativo, contrattuale e retributivo;
- Definire incentivi e adeguate soluzioni organizzative e contrattuali per le discipline e sedi di lavoro meno attrattive;
- Valorizzare i professionisti che lavorano presso presidi periferici, grazie al rafforzamento delle reti ospedaliere che esplicitino le vocazioni delle diverse strutture, alla

centralizzazione della casistica, allo sviluppo di UO uniche interpresidio, all'avvio di equipe itineranti, così da garantire adeguati volumi di attività, tecnologie e formazione a tutti i professionisti.

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

Rispetto al governo complessivo del sistema, emerge una forte eterogeneità tra aziende rispetto alle dotazioni, ai volumi di reclutamento degli ultimi anni, alle assenze, ecc.. A tal proposito, la Regione definisce una programmazione precisa dei volumi e mix di personale per azienda in funzione della sua produzione necessaria e vocazione.

Farmaci e dispositivi medici

Le voci di spesa relative ai farmaci e ai dispositivi medici rappresentano elementi significativi nel bilancio del SSR Piemontese. La loro gestione è influenzata da processi di centralizzazione e razionalizzazione degli acquisti, nonché dagli effetti territoriali delle normative sui farmaci. L'efficacia delle politiche regionali di razionalizzazione della spesa è evidente, in particolare per quanto riguarda la spesa farmaceutica. Si osserva, infatti, una crescita dei valori di distribuzione diretta dei farmaci e distribuzione per conto, a fronte di un contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.

Tuttavia, la Regione è chiamata a fronteggiare due tendenze principali: da una parte l'introduzione sul mercato e l'utilizzo crescente nella pratica clinica di molecole e principi attivi di alto costo; dall'altra, la crescente pressione sui consumi sanitari, derivante dall'invecchiamento della popolazione e dalla maggiore prevalenza di patologie croniche e invalidanti. Queste dinamiche si applicano soprattutto a categorie specifiche di farmaci, come gli antineoplastici, i farmaci per il sistema cardiovascolare e quelli per il trattamento di malattie cerebrali degenerative. Inoltre, le forme distributive come DDF, DPC e la farmaceutica ospedaliera sono particolarmente influenzate da queste tendenze. Al contrario, la farmaceutica territoriale risente in misura minore di tali fenomeni, grazie al fenomeno del *delisting* e alla diffusione dei farmaci generici.

Per governare questi processi evolutivi la Regione utilizzerà sistematicamente:

a) la definizione di target di consumi che siano appropriati e valorizzati per territorio ed epidemiologia;

b) il monitoraggio e la valutazione delle differenze nei consumi farmaceutici tra ASL e aziende ospedaliere;

c) il sostegno alle azioni di ASL e aziende ospedaliere per incrementare la distribuzione diretta dei farmaci e la distribuzione per conto;

d) l'individuazione di fenomeni di inappropriatezza prescrittiva, evidenziati da valori non coerenti o significativamente differenti tra i territori per alcuni principi attivi e la loro correzione.

e) conferire interoperabilità ai sistemi aziendali a livello infra-aziendale e inter-aziendale, attraverso un progetto che mira a sviluppare un ecosistema regionale di servizi interoperabili dedicati alla raccolta, gestione e governo dei dati e dei processi sanitari e definire standard omogenei, per sintassi e semantica dei dati, considerando che l'accesso e la condivisione significativa e sicura dei dati sanitari deve garantire alcuni aspetti di notevole importanza:

- che tutti i sistemi gestionali attualmente attivi nella rete piemontese possano dialogare insieme, condividere dati e informazioni in modo coordinato;
- un elevato livello di privacy e sicurezza per i dati "sensibili" e prevedendo per il loro trattamento particolari garanzie
- l'allineamento dei formati sintattici per garantire la stessa struttura e lo stesso contenuto informativo tra documenti prodotti da Enti diversi;
- la standardizzazione semantica tramite vocabolari e codifiche condivise per garantire la corretta interpretazione dei valori;
- la predisposizione all'interoperabilità dei diversi sistemi informativi per garantire la possibilità di condivisione (es. richiesta e invio) dei dati e documenti tramite l'esposizione di servizi appositi.

Nell'ambito dei dispositivi medici, dell'assistenza integrativa e della protesica sono invece meno evidenti i progressi nel ridurre le differenze territoriali, anche a causa di una maggiore frammentazione del settore, una metrica di rilevazione dei consumi meno standardizzata e una minore nitidezza nella governance. In questi ambiti, in effetti, persistono situazioni di criticità destinate ad acuirsi con l'evoluzione del quadro epidemiologico e demografico.

La centralizzazione degli acquisti in questo settore ha portato a una riduzione delle differenze di prezzo per molti articoli, ma le disparità nei consumi pro capite, soprattutto nella popolazione anziana, segnalano differenze nella qualità dell'offerta dei servizi territoriali e nella loro distribuzione nelle diverse ASL. Esse dovranno essere affrontate attraverso un attento monitoraggio delle differenze nei consumi tra ASL e aziende, accompagnato da politiche di controllo della spesa e dell'appropriatezza.

Digitalizzazione

La digitalizzazione rappresenta un tema in fase di rilevante sviluppo per tutto il SSN, ma per il quale non si dispone di flussi di dati consolidati e che presenta una sostanziale prevalenza di cantieri in fase di avvio su tutto il territorio nazionale. In questo contesto, il confronto interregionale presenta inevitabilmente alcuni elementi di criticità. Tuttavia, è possibile analizzare in chiave comparativa il posizionamento del Servizio Sanitario Regionale del Piemonte facendo riferimento ai principali investimenti in sanità digitale previsti dalla Missione 6 del PNRR:

a) L'investimento 1.2.3 della componente 1 *"Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici*", che prevede l'attivazione in tutti i SSR di infrastrutture regionali per l'erogazione dei servizi minimi di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

b) L'investimento 1.1.1 della componente 2 *"Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)"*, dedicato al potenziamento digitale di 280 presidi ospedalieri sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di I o II livello.

c) L'investimento 1.3.1 della componente 2 *"Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)"*, con l'obiettivo di garantire la piena disponibilità di dati strutturati a tutti gli attori che popolano l'ecosistema e rendere il FSE un punto esclusivo di accesso ai servizi del SSN.

A questo proposito la Regione Piemonte intende:

- definire chiari obiettivi aziendali di sviluppo della digitalizzazione a cui legare gli incentivi delle direzioni generali aziendali;
- rafforzare il coordinamento regionale attraverso la creazione di momenti strutturati di

confronto, come cabine di regia o tavoli tecnici, che favoriscano il dialogo continuo e partecipativo tra i vari attori coinvolti a livello regionale e aziendale;

- definire un modello organizzativo per governare l'innovazione digitale che strutturi e delinei chiaramente il ruolo dei diversi attori regionali (Regione, Azienda Zero e Aziende sanitarie) nei processi di trasformazione digitale;

- implementare di un sistema di valutazione e monitoraggio dell'innovazione digitale, attraverso la definizione di indicatori di performance e metriche per misurare l'impatto dell'innovazione digitale e monitorarlo;

- conferire una maggiore interoperabilità dei sistemi aziendali a livello infra e inter aziendale con la definizione di standard omogenei, per sintassi e semantica dei dati.

L'esplorazione delle possibili modalità di introduzione di soluzioni di intelligenza artificiale nel sistema è essenziale per garantire un governo strategico e una programmazione organica sul tema a livello regionale.

Funzioni da centralizzare: diagnostica e logistica

L'evoluzione delle tecniche e tecnologie consente di centralizzare e industrializzare molte funzioni, aumentandone l'efficacia, la sicurezza e l'efficienza, senza compromettere la comodità di fruizione per gli utenti. Questo vale sia per alcune funzioni cliniche come la diagnostica (laboratorio analisi, anatomia patologica, radiologia, ecc.) sia per funzioni di supporto come il trasporto o i magazzini di beni sanitari e non.

A questo proposito, vi sono numerosi esempi positivi sia nel SSR Piemontese sia nel resto del SSN**.** Si pensi, ad esempio in alcune aree, ai laboratori centralizzati, alla logistica centralizzata del farmaco, alla digital pathology che consente di offrire servizi centralizzati e specializzati, e altro ancora. Il valore aggiunto di tali iniziative riguarda non solo i professionisti, che operano in ambienti con tecnologie più avanzate, ma anche i pazienti, che beneficiano di servizi più efficaci, di alta qualità e specializzazione, e il SSN stesso, che trova soluzioni più efficienti e più attrattive per i professionisti e i fornitori.

Per i pazienti, i servizi risultano più accessibili, come nel caso della somministrazione personalizzata di farmaci o della possibilità di ottenere esami e referti complessi, pur avendo la possibilità di effettuare i prelievi nel punto più vicino a casa e di ricevere i referti comodamente sui propri dispositivi. A tal fine, la Regione definisce un piano pluriennale di sviluppo, stabilendo priorità e soggetti attuatori, che potranno essere reti di aziende per aree vaste o agenzie centrali come Azienda Zero, a seconda delle caratteristiche specifiche delle funzioni da riorganizzare.

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

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. In primo luogo, le aziende sanitarie si trovano a dover gestire almeno tre macro categorie di beni caratterizzati da logiche ed esigenze gestionali differenti: (i) farmaci; (ii) presidi medici chirurgici (dispositivi medici e materiale sanitario) e (iii) beni economali (al cui interno rientrano diverse tipologie di prodotto quali: (i) carburanti; (ii) cancelleria, carta e stampati; (iii) prodotto alimentari; (iv) materiale tecnico; (v) materiale di igiene; (vi) materiali di supporto informatico, ecc.

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: (i) farmacia, (ii) acquisti, (iii) logistica, (iv) sistemi informativi, (v) reparto. L'ultimo aspetto da non trascurare è l'impatto della logistica sui processi di cura. Soprattutto nel caso dei beni sanitari, la logistica ha un impatto rilevante sulla qualità e sicurezza dell'assistenza erogata ai pazienti. L'esistenza di queste rilevanti interdipendenze tra logistica e assistenza rende ancora più rilevante la progettazione e la gestione di un sistema logistico efficace e dinamico.

Sviluppo tecnologico ed investimenti: grandi apparecchiature, tecnologie ed edilizia sanitaria

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 ed 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

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

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.

I dati AGENAS 2023 forniscono un quadro aggiornato sulla dotazione delle principali tecnologie sanitarie in Italia, considerando sia le strutture pubbliche del SSN che quelle private accreditate. **Il confronto tra le regioni mostra che il Piemonte è relativamente ben fornito in termini di tecnologie avanzate**, come le risonanze magnetiche e i tomografi computerizzati di alta gamma.

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

In questo complesso quadro si inseriscono gli investimenti infrastrutturali approvati da Regione, che in generale vedono ottimizzare i posti letto in dote alle aziende nell'auspicabile prospettiva di concentrare maggiormente la rete di offerta e aumentare la saturazione della capacity e)

prevedono un'offerta di spazi territoriali coerente con quanto disposto dal DM 77/2022, da inserire in un più ampio ragionamento di integrazione dell'offerta (in termini di vocazioni e configurazioni) rispetto a spazi ambulatoriali e CAVS già presenti nel territorio piemontese.

Questi elementi sono centrali anche considerando l'importante sforzo programmatorio in tema di edilizia sanitaria profuso dalla pianificazione regionale, su cui **l'Assessorato**, oltre a impegnarsi nel garantire coerenza tra vecchi e nuovi building nell'ambito della configurazione di offerta per quadrante/aree vaste, **prevede di definire accuratamente anche la dotazione di tecnologie e grandi apparecchiature,** evitando duplicazioni e garantendo l'adeguata coerenza rispetto ai fabbisogni nell'ambito dei piani ospedalieri integrati**.**

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

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

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

La ricerca sanitaria e traslazionale

L'attività di ricerca sanitaria non è solo parte integrante della mission delle aziende ospedaliere universitarie, ma **rappresenta un'importante opportunità e un necessario pilastro** per tutte le aziende sanitarie. In particolare:

La ricerca clinica costituisce, in sintesi, un importante investimento sulle risorse umane del SSR con un significativo ritorno per il sistema e le aziende.

Nel 2022 Regione Piemonte ha istituito, il Dipartimento Attività Integrate Ricerca Innovazione – DAIRI, con l'obiettivo di promuovere e allineare le iniziative di ricerca sul territorio regionale. Come evidenziato dalle analisi sviluppate dal DAIRI 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 assecondare la ricerca clinica, la Regione Piemonte attiva i seguenti cantieri di lavoro:

- **Potenziamento della produzione scientifica delle AOU** (soprattutto Città della Salute e della Scienza di Torino), anche assegnando obiettivi alle direzioni.
- Promozione dello **sviluppo di IRCCS** a livello regionale.
- 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.
- Istituzione di Clinical Trial Uniti (CTU) dove non presenti e rafforzamento della rete delle CTU, 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.
- Promozione nelle aziende 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, ecc.).
- Promozione del sostegno del tessuto profit e non profit regionale alla ricerca clinica.
- Sviluppo della **ricerca in ambito manageriale,** per quanto riguarda la organizzazione e gestione delle Aziende Sanitarie con strumenti omogenei e validati al fine della **formazione manageriale** su tematiche di organizzazione e gestione dei servizi

Il sistema di accreditamento e ruolo dei soggetti privati

La Regione assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, **nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater del Dlgs 502/1992 e s.m.i., nel rispetto degli accordi contrattuali** di cui all'articolo 8-quinquies del Decreto legislativo sopra richiamato.

La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del

Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio:

- delle autorizzazioni: l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle tipologie individuate dall'art. 8-ter, Dlgs 502/1992 e s.m.i.;

- **dell'accreditamento istituzionale:** l'accreditamento e' rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, nonché alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché' gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'art. 9 del Dlgs 502/1992 e s.m.i.. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui sopra, alle strutture private non lucrative ed alle strutture private lucrative;

- nonché alla stipulazione di specifici accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, Dlgs 502/1992 e s.m.i. con cui la regione e le unita' sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, nonché con le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione di cure domiciliari, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale.

In attesa dei provvedimenti esecutivi nazionali per il potenziamento del settore, la Regione Piemonte intende valorizzare il ruolo del privato all’interno dell’ecosistema delle regole che lo rende sempre più complementare al pubblico.

La Qualità e la sicurezza dell’assistenza sanitaria

Allo stesso tempo il Sistema dovrà rispondere alla forte domanda di qualità e sicurezza che ci proviene giustamente dal cittadino. Nel corso dello sviluppo del PSSR **il miglioramento continuo deve pertanto essere un impegno sistematico di tutte le Aziende Sanitarie**, con particolare riferimento ai seguenti focus si cui peraltro le azioni sono già avanzate:

- l'accessibilità, anche quanto riguarda governo delle le liste e dei tempi di attesa;

- i percorsi di salute e diagnostici-terapeutico ed assistenziali "sostenibili", da interpretare in chiave di integrazione tra prevenzione, ospedale e territorio;

- l'appropriatezza di "service" (clinica) e di setting (organizzativa);

- la sicurezza e la gestione del rischio sanitario; -

- gli esiti in ambito clinico ed assistenziale;

- la soddisfazione degli utenti e dei professionisti.

L'audit clinico ed organizzativo/feedback è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento. **Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente**, in rapporto ad espliciti criteri. Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata.

Liste e i tempi di attesa

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

La sistematica rilevazione di queste informazioni è un punto di forza che ha raggiunto il sistema socio-sanitario Piemontese. **Queste differenze contribuiscono a spiegare anche i differenziali di liste di attesa nei diversi territori, palesando come negli ambiti in cui si rilevano situazioni di iper-consumo, le attese siano più lunghe.** La rilevante evidenza che la Regione è riuscita a produrre aiuta a comprendere quando la lista di attesa deve essere governata aumentando la produzione e quando invece vi sono problemi di appropriatezza

prescrittiva. La Regione intende consolidare ulteriormente un processo stabile e sistematico che coinvolge le aziende sanitarie per monitorare regolarmente questi dati, attivare processi di confronto e apprendimento reciproco, per promuovere la convergenza dei consumi sanitari in coerenza alle migliori evidenze scientifiche e ai quadri epidemiologici rilevati.

L'aggiornamento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per le visite e le prestazioni e per i ricoveri costituisce un impegno che si riflette su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

Il Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e specialisti, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie.

A seguito de recepimento della Legge e n. 107, recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" è stata istituita l'Unità Centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa", con la nomina del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) e con l'istituzione dell'Organismo regionale di verifica e controllo sulle liste e sui tempi di attesa.

In tale contesto le azioni di sviluppo prevedono **l'assement 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, nonche' 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.

L'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni

L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un **bilancio positivo tra benefici e rischi.**

Per appropriatezza clinica professionale si intende l'utilizzo di un intervento sanitario efficace in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche, mentre **per appropriatezza organizzativa** si intende l'erogazione di un

intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con la complessità dell'intervento e con le caratteristiche cliniche del paziente.

L'appropriatezza, in questo contesto, viene a costituirsi come principio guida per il SSR nell'ambito di un sistema integrato di servizi preventivi, ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi sostenibili e adeguati al profilo clinico delle patologie oggetto di analisi, sia l'ottimale utilizzo delle risorse.

Viene pertanto consolidato a livello regionale e in ogni ASR il programma di valutazione e miglioramento continuo dell'appropriatezza, con l'analisi descrittiva del livello di appropriatezza raggiunto dalle organizzazioni regionali, gli obiettivi e le azioni di miglioramento a supporto, con l'utilizzo degli specifici indicatori raccolti dai flussi informativi correnti e attraverso analisi ad hoc.

Criteri e modalità di partecipazione dei cittadini e delle associazioni

Il coinvolgimento dei pazienti/cittadini e delle Associazioni nella progettazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari fu teorizzato trent'anni fa dall'Organizzazione mondiale della sanità durante la Conferenza di Alma Ata ed è stato valorizzato negli ultimi anni.

Governi, autorità sanitarie e studiosi hanno auspicato la partecipazione dei pazienti/cittadini e il loro coinvolgimento, che può contribuire a migliorare la qualità dei servizi sanitari,

Il coinvolgimento dei cittadini, pazienti e delle associazioni può avvenire a diversi livelli:

- la salute dei singoli pazienti e le scelte terapeutiche;

- la presenza e alla qualità dei servizi sanitari:

- l'accesso alle strutture ospedaliere e agli ambulatori;

- il miglioramento dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri;

- il contributo alla ricerca clinica e alla sperimentazione.

L'umanizzazione - intesa come impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica – opportunamente valorizzata dal concetto di empowerment, è un elemento essenziale per garantire la qualità dell'assistenza.

Tali ambiti andranno compiutamente consolidati nello sviluppo del PSSR.

Metodi e indicatori per la valutazione del sistema sanitario

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 connette con il "**Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (NSG)**, introdotto in sostituzione della cosiddetta "Griglia di indicatori LEA", con la quale è stata valutata l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza dal 2001 al 2019. Il D.M. 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020**.**

Altresì il "**Programma Nazionale Esiti" (PNE),** sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario.

Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione le singole aziende ospedaliere/stabilimenti ospedalieri e, per quanto riguarda la funzione di tutela o committenza, le aziende sanitarie locali.

I sistemi suddetti saranno da integrare con altri indicatori desunti dai sistemi informativi già presenti e con indicatori elaborati ad hoc, in base alle specifiche esigenze conoscitive.

La regione Piemonte intende potenziare le procedure tecnico organizzative al fine di migliorare la disponibilità dei dati, al fine della valutazione delle performance del sistema salute piemontese con particolare interesse a :

- Fotografare la composizione demografica e sociale regionale, osservando dinamiche evolutive e trend futuri

- Analizzare i bisogni di salute e mappare consumi e rete di offerta dei servizi, al fine di identificare gli effettivi tassi di copertura attuali e prospettici sviluppare ove possibile un'analisi sia in termini di consumi (confronto tra cittadini dei diversi territori) che di produzione (confronto tra strutture nei diversi territori)

- Rappresentare gli esiti di salute attraverso una selezione di indicatori validati e rilevanti

- Descrivere le risorse umane, tecnologiche, infrastrutturali, ecc disponibili a confronto con la domanda esplicita, con i livelli quali quantitativi dei servizi e, ove possibile, con standard nazionali di riferimento

- Sviluppare una diagnosi identificando sia i punti da implementare ulteriormente che i punti di forza dell'area piemontese anche in comparazione con altre regioni ed evidenziare eventuali disomogeneità di risorse/prestazioni tra le diverse aree/ASL

- Individuare priorità di intervento e formulare proposte di policy e management per le aziende della rete di offerta sociosanitaria

Change management e forme innovative di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie

Criteri generali per l'attivazione

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

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

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

L'insieme di atti programmatori regionali in tempi definiti, tavoli di benchlearning per il top management aziendale basati su dati ed evidenze legate a diffusione e impatto dell'innovazione, gruppi tecnici inter-aziendali che co-creano gli strumenti tecnici dell'innovazione, insieme a percorsi formativi e di sperimentazione guidata, possono contribuire all'attuazione efficace delle innovazioni delineate.

Per ogni ambito di innovazione, vengono attivate **piattaforme di benchlearning** per monitorare sistematicamente i dati, discutere le correlazioni tra esiti e azioni, i driver di successo o insuccesso attuativo, raccogliere e discutere le *good practice* aziendali, in una

logica di sviluppo e aggiornamento costante delle competenze del top e middle management del sistema.

Vengono creati gruppi di lavoro interaziendali coordinati dalla Direzione Sanità per co-progettare linee di indirizzo tecniche comuni e processi formativi e di innovazione per gli esecutori materiali dei nuovi processi o servizi. A titolo esemplificativo, ciò include l'adozione di modelli di servizio che valorizzino lo sviluppo di PSDTA e di buona pratiche sostenibili, project work riproducibili tra le Aziende sanitarie, la telemedicina, o la gestione delle pratiche aziendali per discutere i differenziali di prescrizione tra pazienti omogenei.

Per i capitoli del piano socio-sanitario, l'Assessorato alla Sanità predispone un **atto programmatorio esecutivo** che delinea il contesto, gli obiettivi generali, gli indirizzi per rispondere alle distinte specificità dei singoli territori, le azioni e le modalità di valutazione.

In ciascun programma vengono definiti i specifici soggetti attuatori che possono essere variabilmente individuati tra le aziende sanitarie, le reti di aziende sanitarie accorpate in quadranti o aree vaste, enti centrali del sistema, ecc.

REGIONE PIEMONTE

IL PIANO SOCIO SANITARIO DELLA REGIONE PIEMONTE

(VISTO DAL WELFARE)

IL PIANO SOCIO-SANITARIO VISTA WELFARE (BOZZA)

Indice generale

1. INTRODUZIONE....5

2. ASSETTO TERRITORIALE DEGLI ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI E NORMATIVA DI RIFERIMENTO....6

2.1 Ambiti territoriali sociali ed enti gestori afferenti....8

2.2 Finanziamento del sistema di Welfare....9

2.3 Principali report inerenti la rendicontazione annuale della spesa degli agli Enti gestori e assegnazioni risorse regionali e statali....11

2.4 Livelli essenziali delle prestazioni (LEPS)....14

2.5 Il monitoraggio dei LEPS....15

2.6 Aggiornamento LEPS secondo il nuovo Piano Nazionale Sociale 2024-2026, in fase di approvazione....17

2.7 Spazio di lavoro e proposte....18

3. DISABILITÀ NEL PIANO SOCIO SANITARIO....20

3.1 Spazio di lavoro e proposte....21

4. ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NEL PIANO SOCIO SANITARIO....22

4.1 Spazio di lavoro e proposte....24

5. LOTTA ALLA POVERTÀ....25

5.1 Prospettive/obiettivi....26

6. 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....27

6.1 Prospettive/obiettivi....27

7. INVECCHIAMENTO ATTIVO....29

7.1 Prospettive/obiettivi....30

8. NATALITÀ....31

8.1 Prospettive/obiettivi....32

9. IMMIGRATI VULNERABILI E SALUTE....33

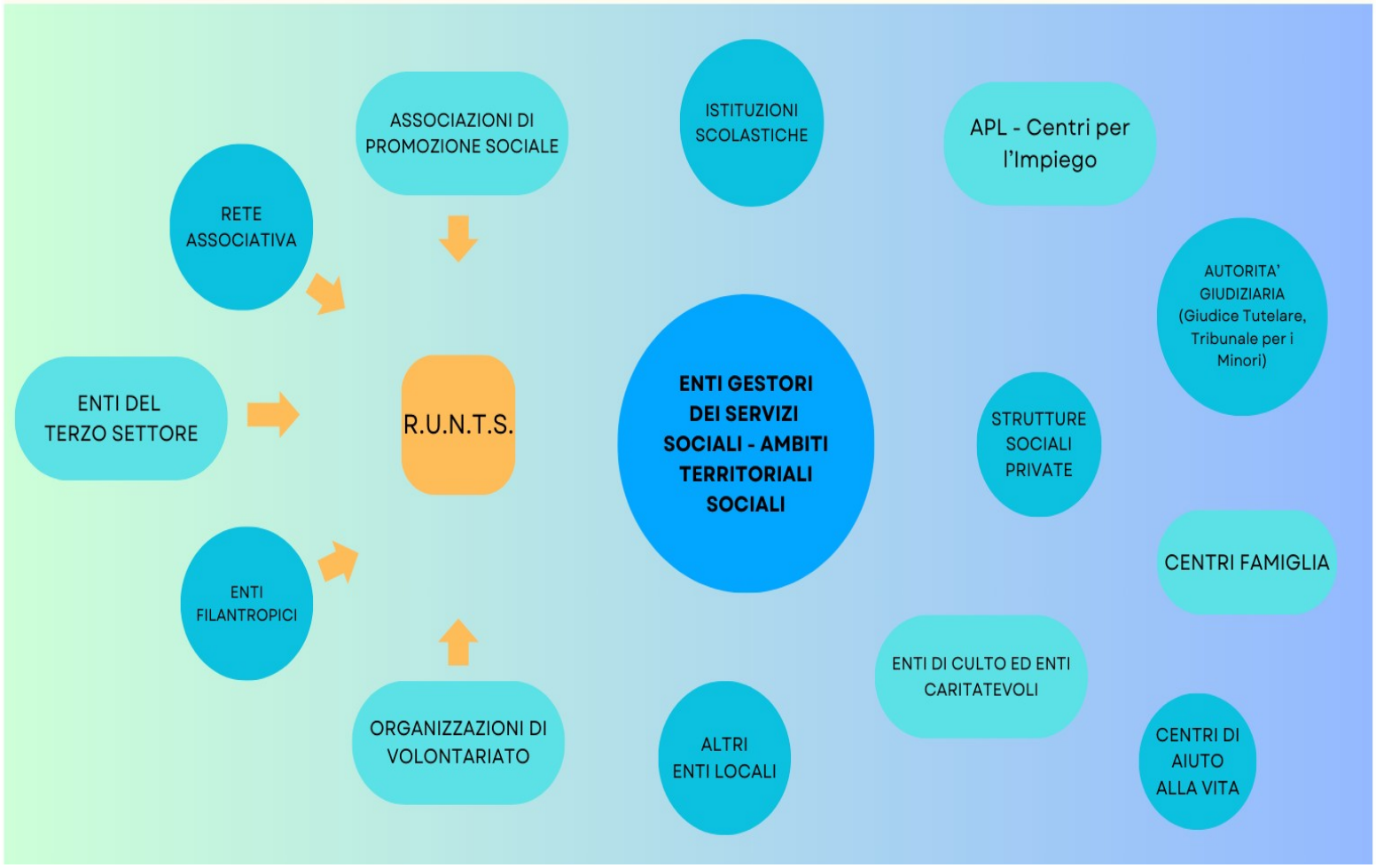
9.1 Prospettive/obiettivi....34

10. SENZA DIMORA....35

10.1 Prospettive/obiettivi....36

11. SERVIZI SOCIALI DESTINATI AI MINORI....37
11.1 Prospettive/obiettivi....37
12. REVISIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI E GESTIONALI DELLE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA DEI MINORI....39
12.1 Prospettive/obiettivi....39
13. INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE DEI CENTRI PER LE FAMIGLIE IN FAVORE DELLE FAMIGLIE E I BAMBINI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA....41
13.1 Prospettive/obiettivi....42
14. POLITICHE DI WELFARE ABITATIVO....43
14.1 Gli investimenti nell'edilizia sociale....43
14.2 Gli interventi a sostegno delle famiglie in disagio abitativo....43
14.3 La disciplina del sistema di edilizia residenziale pubblica (ERP) e degli Enti gestori....44
14.4 Fondo straordinario conguagli....44
14.5 Autorecupero....45
14.6 Prospettive/obiettivi....45
15. SERVIZIO CIVILE....47
15.1 Prospettive/obiettivi....48

IL WELFARE REGIONALE



1. INTRODUZIONE

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

Tutte le prestazioni assistenziali sono erogate dal sistema degli Enti gestori socio-assistenziali, articolate sul territorio, vanno ad intercettare situazioni di fragilità mettendo in essere servizi di prevenzione del ricovero cercando di limitare azioni ed interventi impattanti sulla vita delle persone fragili, attraverso l'attivazione di assistenza domiciliare.

Il concetto di salute promosso dall'OMS definisce , nel 1948, la salute come lo stato di benessere fisico, mentale e sociale ; la nuova definizione del 2011 definisce la salute come "la capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive".

Tralasciando i tanti determinanti di salute che caratterizzano la vita sociale della popolazione ci pare ovvio, ma sempre utile, rimarcare il ruolo del Welfare nella composizione delle colonne necessarie al conseguimento di uno stato di salute positivo.

Pertanto non sono solo le componenti socio-sanitarie che investono il Welfare nelle azioni di "salute" (che comunque non sono poche) ma anche gli innumerevoli interventi prettamente "sociali" contribuiscono all'obiettivo "salute".

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

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

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

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

2. ASSETTO TERRITORIALE DEGLI ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI, AMBITI TERRITORIALI SOCIALI E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

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

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

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

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

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

Da anni i comuni della Regione Piemonte hanno optato per la gestione associata delle funzioni socio-assistenziali, facendo ricorso, in maniera nettamente prevalente, alla forma giuridica del consorzio. Una scelta che ha avuto risvolti importanti e positivi, perchè 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 socio-assistenziale.

Si fornisce nel riquadro un breve estratto normativo

Legge regionale n. 1/2004

Art. 9 (*Forme gestionali*): *"1.* ***La Regione individua nella gestione associata, ed in particolare in quella consortile, la forma idonea*** *a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali di competenza dei comuni e prevede incentivi finanziari a favore dell'esercizio associato delle funzioni e della erogazione della totalità delle prestazioni essenziali entro gli ambiti territoriali ottimali di cui all'articolo 8. 2.* ***La gestione in forma singola dei comuni capoluogo di provincia è idonea*** *a garantire l'efficacia e l'efficienza degli interventi e dei servizi sociali. 3.*

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

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

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

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

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

FORME GESTIONALI ENTI GESTORI PIEMONTESI ANNO 2025

Consorzi di comuni :	**34**
Unioni di Comuni :	**5**
Convenzioni tra comuni, tra comuni e altre forme associative	**3**
Delega all'azienda sanitaria locale (ASL)	**1**
Gestione in forma singola (da parte di comuni capoluogo di provincia)	**3**
Totale	**46**

ENTI GESTORI CON POPOLAZIONE <40.000 ABITANTI

ASL	AMBITO TERRITORIALE	COD. SOG. GEST. 2024	SOGGETTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI	POPOLAZIONE 2023
TO 4	CALUSO	20	Consorzio Intercomunale Servizi Socio - Assistenziali C.I.S.S.-A.C. – CALUSO	38.239
VC	ORIZZONTI NORD-EST- O.N.E	32	Consorzio per l'Attività Socio - Assistenziale C.A.S.A. GATTINARA	35.516
VC	ORIZZONTI NORD-EST- O.N.E	93	UNIONE MONTANA DEI COMUNI DELLA VALSESIA - VARALLO SESIA	37,862
NO	AREA NORD	38	Comuni convenzionati di Arona - c/o ARONA	30.683
CN 1	CUNEO SUD EST	91	UNIONE MONTANA DELLE VALLI MONGIA E CEVETTA LANGA CEBANA- ALTA VALLE BORMIDA	21.410
AL	OVADA	63	Consorzio Servizi Sociali OVADA	25.935
AL	ACQUI TERME	92	UNIONE MONTANA SUOL D'ALERAMO - PONTI	39.480

2.1 Ambiti territoriali sociali ed enti gestori afferenti

Sono attualmente presenti 40 Ambiti territoriali sociali, dei quali 36 coincidono con il territorio di un Ente gestore. Pertanto per la grande maggioranza dei casi c'è questa coincidenza ATS-E.G.

Invece all'interno di cinque ATS la situazione è differente, come di seguito evidenziata:

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

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

- D.Lgs. n. 147/2017 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" all'art. 23 comma 2 stabilisce che: "*nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, le regioni adottano Ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli Ambiti territoriali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei distretti sanitari e dei centri per l'impiego*".

- Il Decreto Ministeriale n. 103/2019 istitutivo del SIOSS (Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali) che deriva dal D.Lgs n. 147/2017 e prevede all'art. 2, comma 2, che l'unità di rilevazione del SIOSS è l'Ambito Territoriale; all'art. 3 stabilisce che l'anagrafe degli Ambiti costituisce la base informativa di riferimento per il Ministero.

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

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

Ora, sarebbe inopportuno assistere alla crescita delle sedi governance – quindi delle sedi decisionali – nel caso in cui si affianchi la governance di Ambito a quelle già presenti negli Enti gestori: tali opzione rischierebbe di generare confusione e difficoltà operative.

La soluzione potrebbe consistere nel far coincidere gli ATS con gli Enti gestori - soluzione per altro già a portata di mano, viste le indicazioni della situazione regionale

sopra riportate. In questo caso la governance dell'ambito rimarrebbe in capo agli E.G che utilizzerebbero gli organi già attivi.

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

2.2 Finanziamento del sistema di Welfare

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

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

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

Il Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali è ripartito annualmente tra gli Enti gestori delle attività 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 n. 14-714 del 29 settembre 2010 e prevedono la suddivisione delle risorse:
- per il 35% in base alla popolazione residente;
- per il 25% in base agli anziani ultra settantacinquenni residenti;
- per il 25% in base ai minori residenti;
- per il 15% in modo inversamente proporzionale al rapporto popolazione/superficie territoriale (dispersione).
- sulla base di modalità di riequilibrio da adottarsi annualmente in relazione alle scelte programmatiche regionali.

Nei successivi anni 2011 e 2012 le Deliberazioni annuali di riequilibrio hanno previsto meccanismi correttivi di perequazione sulle quote risultanti dall'applicazione della suddetta D.G.R. n. 14-714/2010. Dal 2013 al corrente anno, per evitare eccessive alterazioni nella stabilità della gestione locale, le quote sono state ripartite agli Enti

gestori delle funzioni socio assistenziali in misura proporzionale alle quote attribuite negli anni precedenti sulla base dell'effettivo assetto territoriale degli Enti medesimi

Con D.G.R. 44-8660 del 27-05-2024 sono stati confermati i criteri di riequilibrio per l'anno 2024; la determina dirigenziale n. 820/A2204/2023 del 7/6/2024 ha assegnato agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali complessivamente € 44.374.160,80 così ripartiti:
- € 38.074.160,80 per il Fondo per la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, di cui € 22.000.000 destinate quali risorse per l'attuazione degli interventi previsti dalla legge regionale 28 ottobre 2022 n. 17 (Allontanamento zero. Interventi a sostegno della genitorialità e norme per la prevenzione degli allontanamenti dal nucleo familiare d'origine),
- € 6.300.000,00, per le competenze dell'art. 5, comma 4, della legge regionale n. 1/2004;

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

Il suddetto Decreto Interministeriale ha ripartito alla Regione Piemonte le risorse del F.N.P.S, pari ad € 28.172.574,49 per ciascuna annualità del triennio 2021-2023, e ha previsto che l'erogazione della quota annuale di spettanza, da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sia condizionata dalla rendicontazione, effettuata dagli Ambiti territoriali nella specifica sezione della piattaforma ministeriale SIOSS, dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale, delle risorse ripartite nel secondo anno precedente e del 100% delle risorse assegnate nel terzo anno precedente.
In applicazione di tali disposti normativi, sono state adottate dalla Regione Piemonte le programmazioni annuali con le DGR n. 10-4658 del 18/2/2022 e n. 44-6390 del 28/12/2022 per le rispettive annualità 2021 e 2022, prevedendo la destinazione di risorse vincolate all'attuazione del LEPS secondo l'articolazione riportata nel paragrafo successivo riguardante l'ultima programmazione delle risorse FNPS 2023.

La programmazione dell'annualità 2023 è stata disposta con la DGR n. 26-8016 del 22/12/2023 che ha approvato l'allegato 1: "Programmazione delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali per l'annualità 2023 tra Macroattività destinando:
• il 50% delle risorse agli interventi per le persone di minore età, delle quali si riservano € 437.500,00 al finanziamento delle azioni volte all'implementazione delle Linee di indirizzo sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità (P.I.P.P.I.- Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione);
• nell'ambito del rimanente 50% delle risorse una quota di € 730.000,00 per la Supervisione del personale dei servizi sociali e altri € 730.000,00 per le Dimissioni protette, quali servizi LEPS previsti dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi

sociali 2021-2023, la cui attuazione è definita nelle rispettive schede tecniche nn. 2.7.2 pag. 52 e 2.7.3. pag. 59 del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023.

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

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

2.3 Principali report inerenti la rendicontazione annuale della spesa degli agli Enti gestori e assegnazioni risorse regionali e statali

Le tabelle sotto riportate sono estratte dalla pubblicazione annuale " I servizi sociali territoriali in cifre", di cui alla rilevazione regionale dei dati 2022, realizzata nel 2023, secondo gli schemi adottati con deliberazione della Giunta regionale n. 2-3117 del 23/4/2021, a cura del gruppo di lavoro del settore A2204A.

Anno	Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali			Contributi a sostegno di anziani, disabili, famiglie e minori	Totale assegnazioni correnti
	Da risorse regionali	Da risorse statali (FNPS)	Totale		
2019	38.074.160,80	28.011.012,75	66.085.173,55	45.453.204,70	111.538.378,25
2020	38.074.160,80	27.327.502,22	65.401.663,02	46.950.000,00	112.351.663,02
2021	38.074.160,80	27.735.074,49	65.809.235,29	46.950.000,00	112.759.235,29
2022	38.074.160,80	27.735.074,49	65.809.235,29	45.007.161,23	110.816.396,52
2023	38.074.160,80	27.735.074,49	65.809.235,29	45.007.161,23	110.816.396,52

La tabella sopra riportata contiene le assegnazioni disposte dalla Regione Piemonte, dal 2019 al 2023, a favore dei Soggetti Gestori delle attività socio-assistenziali
Il dato delle risorse statali non è comprensivo di una quota destinata per il Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione - P.I.P.P.I.

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

Tab. 2.2 - Entrate correnti degli Enti Gestori anno 2022: sintesi regionale	
	Percentuale di finanziamento sul totale
CONTRIBUTI E TRASFERIMENTI CORRENTI DALLA REGIONE	32,47
ENTRATE DA ASL	7,84
CONTRIBUTI E TRASFERIMENTI DAI COMUNI ALL'ENTE GESTORE	19,14
FINANZIAMENTO DIRETTO	20,33
ENTRATE DA ALTRI ENTI PUBBLICI	15,40
ALTRE ENTRATE	4,82
TOTALE ENTRATE CORRENTI	100,00

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

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

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

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

2.4 Livelli essenziali delle prestazioni (LEPS)

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

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

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

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

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

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

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

L'obiettivo è il raggiungimento di un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e di un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti.
Il contributo è così determinato:
a) 40.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto a tempo indeterminato dall'Ambito, ovvero dai Comuni che ne fanno parte, in termini di equivalente a tempo pieno, in numero eccedente il rapporto di 1 a 6.500 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 5.000;
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/Ambito, il comma 798 della legge di Bilancio sopra citata, stabilisce che ciascun Ambito territoriale, entro il 28 febbraio di ogni anno, dovrà inviare anche per conto dei Comuni appartenenti allo stesso, un prospetto riassuntivo al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

2.5 Il monitoraggio dei LEPS

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

La valorizzazione di questi campi permette agli ATS in fase di rendicontazione dell'annualità di riferimento, di visualizzare le risorse assegnate per singolo LEPS e di inserire la quota di spesa sostenuta per ognuno di essi (*di cui per ….*) all'interno delle singole Aree per singolo intervento ove previsto.
All'interno della scheda "Monitoraggio dei flussi finanziari" nella Quota riservata alla Regione è stata introdotta la voce "Restituzioni somme non spese" dove potrà essere inserito l'importo derivante da risorse per il quale sia stata avviata la procedura di richiesta di restituzione dalla Regione agli ATS, da allegare nell'apposita sezione "File Allegati" a cui dovrà seguire il successivo versamento nel capitolo d'entrata del Ministero.

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

L'ufficio regionale, che fornisce supporto e coordinamento agli ATS per il conferimento dei dati su piattaforma SIOSS (Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali), ha dal 2022 avviato una fase di monitoraggio sullo stato di attuazione delle programmazioni regionali e conseguentemente dello stato di attuazione di alcuni LEPS nei territori.
Si riportano le prime indicazioni di dettaglio riguardo ad alcuni LEPS trattati nel paragrafo precedente, i cui dati sono stati estratti direttamente dalla piattaforma SIOSS, **a valere sulle risorse del FNPS 2021:**

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

Per il LEPS "**rafforzamento servizi sociali",** di cui alla legge di bilancio per il 2021 (L. 178/2020), che ha previsto il riconoscimento di un contributo a favore degli ATS in 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	**Stato del monitoraggio ANNO 2022**	**Stato del monitoraggio ANNO 2023**	**Stato del monitoraggio (su risorse prenotate) ANNO 2024**
9 ATS > 6500 ab (1 Ass. Soc. ogni 6.500 ab)	**3 ATS > 6500 ab (1 Ass. Soc. ogni 6.500 ab)**	**3 ATS > 6500 ab (1 Ass. Soc. ogni 6.500 ab)**	**1 ATS > 6500 ab (1 Ass. Soc. ogni 6.500 ab)**
15 ATS compreso tra 6.500 e 5.000 ab	**12 ATS compreso tra 6.500 e 5.000 ab**	**9 ATS compreso tra 6.500 e 5.000 ab**	**7 ATS compreso tra 6.500 e 5.000 ab**
8 ATS < 5.000 ab	**17ATS < 5.000 ab**	**28 ATS < 5.000 ab**	**32 ATS < 5.000 ab**

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

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

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

2.6 Aggiornamento LEPS secondo il nuovo Piano Nazionale Sociale 2024-2026, in fase di approvazione

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

LEPS	**Norma di riferimento**	**Atto di programmazione di riferimento**	**Fonti di finanziamento***
Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)	Dpcm 5 dicembre 2013, n. 159		
Servizio sociale professionale	Legge di bilancio 178/2020, art. 1, commi 797 -802	Piano nazionale interventi e servizi sociali	Fondo povertà, FNPS
Pronto intervento sociale	Legge 234/2021, art. 1, comma 170	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo povertà, FNPS, PN inclusione,
Percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa e sostegni in esso previsti	D.L. 48/2023, art. 6, comma 8	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo povertà, FNPS, PN INCLUSIONE; Piano operativo complementare (POC)
Supervisione del personale dei servizi sociali	Legge 234/2021, comma 170	Piano nazionale interventi e servizi sociali	PNRR, FNPS

Servizi sociali per le dimissioni protette	Legge 234/2021, comma 170	Piano sociale nazionale e Piano per le non autosufficienze	PNRR, FNPS, FNA
Prevenzione dell'allontanamento familiare	Legge 234/2021, comma 170	Piano nazionale interventi e servizi sociali	PNRR, FNPS, PN Inclusione
Servizi per la residenza fittizia	La definizione di livello essenziale è riportata nelle schede allegate al piano lotta alla povertà che cita come norma di riferimento la Legge n. 1228/1954 art. 2 e il Dpr 223/1989	Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	Fondo povertà; PNRR, PN Inclusione
Offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle Regioni e provincie autonome	D.Lgs. 147/2017 art. 23 comma 54	Piano sociale nazionale punto 1.6 "la governance di sistema e il ruolo degli Ambiti	FNPS
Incremento Sad	Legge 234/2021, comma 162 lett. a)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA
Servizi di sollievo alle famiglie	Legge 234/2021, comma 162 lett. b)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA
Servizi di sostegno	Legge 234/2021, comma 162 lett. c)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) e citato nel Piano nazionale interventi e servizi sociali come "servizi per la non autosufficienza"	FNA-FNPS
Pua integrati e Uvm: incremento operatori sociali	Legge 234/2021, comma 163 (potenziamento risorse professionali)	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA
Integrazione dell'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162	L. 234/2021 Comma 164	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA)	FNA

2.7 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 ed a rischio povertà.
In raccordo con quanto definito dal nuovo Piano Nazionale degli Interventi e dei servizi sociali 2024-2026 (in fase di approvazione), la strategia rilevante risulta l'integrazione tra programmazioni settoriali che concorrono al contrasto delle condizioni di fragilità e

di rischio di esclusione, in modo tale da valorizzare la dimensione "sociale" delle politiche sanitarie, urbanistiche, abitative, dei servizi per l'infanzia, per gli anziani, per i soggetti più vulnerabili.

La Regione Piemonte si pone pertanto i seguenti obiettivi e proposte nell'ambito del modello di governace del welfare territoriale:

1) Rafforzare l'infrastruttura dei servizi sociali attraverso un lavoro di accompagnamento degli Enti gestori, afferenti agli ATS (Ambiti territoriali sociali), verso il raggiungimento della coincidenza territoriale, ove possibile, tra Ente gestore e ATS, in riferimento a quanto previsto dalle "*Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni"(Decreto ministeriale in fase di approvazione)* che definiscono alcuni dei principi relativi all'organizzazione dei servizi, in attuazione della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, comma 160, che individua negli ATS la dimensione organizzativa necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS.
Per assicurare le funzioni attuative dei LEPS attribuite agli ATS sono necessarie competenze sociali professionali e, allo stesso tempo, competenze gestionali di tipo amministrativo contabile al fine di sostenere sia la capacità di risposta professionale sia la capacità di azione degli ATS.

2) individuare strumenti di rafforzamento della gestione associata nella programmazione e nella gestione degli interventi a livello di ATS, anche mediante la previsione di meccanismi premiali nella distribuzione delle risorse.

3) proposte di semplificazione per la programmazione e gestione degli interventi in considerazione dei dati di monitoraggio dell'infrastruttura organizzativa e professionale degli ATS, attraverso le rilevazioni annuali del Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS) per la Banca dati dei servizi attivati e la Banca dati delle professioni e degli operatori sociali, nonché della tenuta del Registro degli ATS, consentono di fornire una lettura completa dell'offerta del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali, delle professionalità coinvolte e dell'organizzazione degli ATS e di altri elementi utili per una valutazione delle politiche in atto.

4) Avviare il confronto con gli ambiti territoriali sociali riguardante l'Ente di gestione delle risorse sociali della Regione Piemonte , di prossima costituzione.

3. DISABILITÀ NEL PIANO SOCIO SANITARIO

A seguito del D.Lgs. n. 62 del 3 maggio 2024 - "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato" le politiche per le persone con disabilità sono poste al centro delle attività delle Aziende Sanitarie Locali e degli Ambiti Territoriali Sociali in particolare per la costruzione del progetto di vita all'interno delle Unità di Valutazione Multidisciplinare.
Per questa ragione, come base di partenza per un'analisi dei bisogni delle persone con disabilità nella nostra Regione, proponiamo di seguito l'ultima rilevazione disponibile (dicembre 2024) contenente il monitoraggio sull'accesso ai servizi per le persone con disabilità, elaborata dagli uffici del Settore Programmazione della Direzione Welfare e inviata periodicamente al Consiglio Regionale.

MONITORAGGIO SULL' ACCESSO AI SERVIZI PER LE PERSONE DISABILI - QUARTO TRIMESTRE ANNO 2024 (1/10-31/12)

Dati riassuntivi delle ASL

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

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

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

3.1 Spazio di lavoro e proposte.

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

1) determinazione e aggiornamento del fabbisogno regionale delle strutture residenziali e diurne per persone con disabilita ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

2) progetto di revisione della normativa regionale relativa all'area disabilità e in particolare della DGR 230-23699 del 22 dicembre 1997 con la quale è stato definito il modello integrato di assistenza residenziale e semi-residenziale socio-sanitaria in favore delle persone con disabilità.

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

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

4. ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI NEL PIANO SOCIO SANITARIO

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

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

a) promozione della dignità e dell'autonomia, dell'inclusione sociale, dell'invecchiamento attivo e della prevenzione della fragilità della popolazione anziana.
b) riordino, semplificazione, coordinamento e miglioramento dell'efficacia delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, (e questo sarà l'oggetto principale dei decreti attuativi);
c) la valutazione multidimensionale unificata, integrata anche con la valutazione e le prestazioni erogate dal'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 nella Casa di Comunità, Valutazione Unificata, predisposizione del Progetti di assistenza individuale integrata (PAI), erogazione delle prestazioni;
f) integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali per garantire la realizzazione integrata dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPS) e dei Livelli Essenziali Assistenziali (LEA). A tal fine, gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), le aziende sanitarie e i distretti sanitari dovranno regolare le funzioni di erogazione attraverso accordi di collaborazione organizzativi.

Gli ATS servono oggi quasi 11.000 persone anziane, rappresentate dalla tabella[1] sottoriportata a cui si aggiungono circa 400 persone affette da SLA beneficiarie di interventi delle ASL finanziate con risorse FNA

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

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

[1]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).

4.1 Spazio di lavoro e proposte

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

Tra le molte proposte è importante, in area socio-sanitario:

a) avviare pienamente l'attività dei PUA con le competenze e le modalità previste dalla riforma;
b) riorganizzare l'attività delle UVM al fine di rispondere ai nuovi compiti affidati dalla riforma;
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 DGR n . 45 - 4248 del 30/07/2012 e s.m.i.

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

5. 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 a cominciare dai farmaci. Tutto ciò è un chiaro sintomo dell'incapacità del SSN di coprire l'intera gamma delle cure necessarie.

Spesso le persone indigenti, essendo prive di qualsiasi rete di protezione sociale o di amicizia, ignorano i propri diritti sanitari e non hanno nessuno che li aiuti a districarsi tra gli strumenti di scelta (come internet) o tra la burocrazia. Ciò porta ad un aggravamento delle condizioni di salute di questi soggetti fragili.

Al reddito insufficiente è direttamente correlata la rinuncia a visite specialistiche necessarie, con effetti negativi sulle condizioni di salute individuali e collettive come per esempio la diffusione di malattie croniche, che compromettono l'autosufficienza e dilatano il bisogno di assistenza socio-sanitaria.

Una condizione di salute altamente problematica e precaria rende inoltre alquanto difficile lo svolgimento di un'attività lavorativa e il conseguente guadagno di un reddito soddisfacente con una frequente caduta o ricaduta nella spirale della povertà.

- le persone economicamente fragili hanno dunque bisogno di ricevere gratuitamente supporti integrativi (materiali e relazionali) che spesso solo le organizzazioni non profit sono in grado di offrire, con un evidente ruolo importante del Terzo Settore anche nell'ambito della sanità e della salute pubblica.

Dati

La povertà in Italia può ormai dirsi un fenomeno strutturale vasto che tocca quasi una persona su dieci. Il 9,4% della popolazione residente vive infatti, secondo l'**Ista**t, in una condizione di povertà assoluta. Solo quindici anni fa il fenomeno riguardava appena il 3% della popolazione. Non sono trascurabili, in questo contesto di povertà, le criticità legate agli interventi all'ambito della salute.

Nel rapporto sulla sanità italiana del **Crea** (Centro per la ricerca economica applicata alla sanità) [2]è l'impatto sui nuclei familiari il dato più preoccupante: 1 milione e 600mila famiglie si impoverisce a causa delle spese sanitarie o rinuncia alle cure per motivi economici. L'incidenza del fenomeno cresce, anche nel Nord-Ovest: in Piemonte aumenta di due punti percentuali in un anno, ora il 6% delle famiglie non ce la fa a curarsi.

Le statistiche demografiche rivelano che i soggetti colpiti dalla povertà sanitaria sono prevalentemente adulti tra i 18 e i 64 anni (58%), con una rappresentanza

[2]https://www.creasanita.it/

significativa di minori (102.000, 22%) e anziani (19%). Inoltre, il bilancio è quasi equo tra cittadini italiani (49%) e stranieri (51%), suggerendo che la povertà sanitaria colpisce in modo trasversale diverse categorie socioeconomiche.

Nel contesto della spesa farmaceutica, emerge un dato inquietante: la spesa complessiva delle famiglie ha raggiunto 23,64 miliardi di euro nel 2023, con un incremento del 3% rispetto all'anno precedente. Tuttavia, la quota a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si è ridotta, portando il carico finanziario delle famiglie al 45%. Questo aumento si traduce in un esborso di 731 milioni di euro in più rispetto all'anno scorso, rappresentando un incremento del 7,4% con un impatto che si può rivelare catastrofico per i soggetti più fragili e vulnerabili.

L'assessorato alle Politiche Sociali della Regione Piemonte, attraverso un'apposita convenzione firmata a novembre 2023, ha pertanto scelto di sostenere il Banco Farmaceutico Torino OdV per le attività di raccolta di prodotti sanitari e farmaceutici e la loro redistribuzione capillare alle strutture caritatevoli, solidaristiche e di prossimità per il triennio 2023-2025.

La convenzione prevede un contributo di 50mila euro all'anno per sostenere un lavoro costante che nel 2023 ha portato al recupero di decine di migliaia di confezioni ed un valore "generato" decisamente maggiore.
Nel 2023 i Farmaci donati, e quindi salvati dallo spreco, hanno raggiunto il valore di 2.998.295 €, conteggiando quelli raccolti durante la Giornata Regionale del Farmaco, le donazioni aziendali e il Recupero di farmaci validi non scaduti (Rfv).

5.1 Prospettive/obiettivi

Costruzione di un sistema di governance territoriale dei servizi socio-sanitari che agevoli la definizione di partenariati tra sistemi socio-sanitari territoriali e organizzazioni comunitarie e di prossimità attive nell'ambito della risposta alla povertà sanitaria .

Rafforzamento delle sanità territoriale e dei servizi di prossimità, con particolare attenzione alla messa in campo di azioni mirate e gratuite, attraverso percorsi assistenziali integrati, attività di informazione, orientamento, prestazioni specialistiche, servizi alla persona e attività di promozione sociale.

Adeguamento delle competenze del personale sanitario e socio-sanitario nei confronti della popolazione vulnerabile.

Copertura con risorse del capitolo extra Lea dei costi dei parafarmaci per soggetti fragili con malattie rare.

Estensione delle misure di sostegno al reddito (Reddito di inclusione, Progetto personalizzato di inclusione, Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile, Assegno di inclusione (ADI), Supporto per la formazione e il lavoro (SFL).

Rafforzamento della 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.

6. 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:

1. 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;
2. disoccupazione o reddito non sufficiente a coprire tutte le spese nel periodo di cura del minore;
3. trasporti: la tematica dei trasporti è molto sentita, in particolare da alcune aree del territorio regionale dove vi è una minor presenza di associazioni che supportano questi percorsi, non solo nel periodo del ricovero, ma anche per i cd. Rientri periodici programmati e gli eventuali passaggi urgenti in ospedale.
4. 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.
5. 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 disoccupazione di entrambi i genitori o nel caso in cui l'occupazione del genitore non preveda il diritto a permessi. Inoltre, molto spesso ci sono altri fratelli/sorelle di cui occuparsi, che, nel periodo della cura, non possono essere accolti con il resto della famiglia presso le strutture messe a disposizione dalle associazioni che collaborano con l'Ospedale.

Dati

Ogni anno si rilevano in Piemonte da 140 a 150 nuovi casi di diagnosi 0-18 anni di leucemia o tumore infantile: ogni 100 casi, circa 25 nuclei riscontrano problematiche particolari. [3]

6.1 Prospettive/obiettivi

Con DGR n. 2-8383 del 4.4.2024 è stato promosso, sperimentalmente, per l'anno 2024-2025 un finanziamento per complessivi euro 300.000,00, a favore delle famiglie con un componente minore affetto da patologie 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

[3]Fonte dati: Reparto onco-ematologia pediatrica ospedale Infantile regina Margherita-Città della Salute e della Scienza-Torino.

inferiore a 10 giorni, per esigenze di tipo abitativo, di trasporto, di organizzazione familiare ed a supporto ai bisogni educativi e psicologici dei minori facenti parte del nucleo familiare stesso.

Con successiva DD n., 108 del 27.1.2025 è stato individuato quale soggetto attuatore della sperimentazione, per competenza, l'Azienda sanitaria Zero, disponendo altresì la proroga a tutto il 2026 per la realizzazione dell'intervento.

7. 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 la Regione Piemonte, con la Legge regionale n. 17 del 9 aprile 2019 "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo" ha inteso promuovere la partecipazione alla vita sociale, civile, economica e culturale delle persone anziane.
In particolare l'art. 1, comma 2, lettera e) della citata L.R. prevede che la Regione promuova e sostenga politiche ed interventi a favore dell'invecchiamento attivo, coordinati ed integrati negli ambiti della salute, delle politiche sociali, del lavoro, della formazione professionale, della cultura e del turismo sociale, dello sport e del tempo libero, dell'impegno civile e del volontariato, valorizzando la partecipazione e il confronto con le forze sociali.

La medesima Legge regionale, all'articolo 14, ha, altresì, stabilito la necessità di adottare un Piano per l'Invecchiamento Attivo (P.I.A.) che si pone quale strumento unitario di raccolta ed individuazione di tutti gli interventi riguardante la salute, l'educazione, lo sviluppo culturale, la qualità della vita e la sicurezza sociale dei cittadini ultrasessantacinquenni.
Gli obiettivi individuati dal P.I.A. vigente prevedono azioni volte a:
1) intervenire nell'ambito della formazione permanente agli anziani;
2) 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;
3) promuovere e stimolare la partecipazione, l'impegno civico ed un ruolo attivo delle persone anziane;
4) favorire la vita indipendente e la sicurezza attraverso:
    4.1) efficace comunicazione relativa ai servizi di prossimità, sugli interventi e sulle reti sociali presenti sul territorio e la pubblicizzazione di programmi informativi ed educativi, in coordinamento con i nuclei specialistici delle forze dell'ordine e delle polizie locali;
    4.4) interventi di welfare abitativo rivolti alle persone anziane finalizzati a favorire forme di coabitazione e "convivenze solidali";
5) garantire la possibilità di viaggiare in modo autonomo e con servizi accessibili ed adeguati;
6) favorire l'accesso e la fruizione culturale attraverso;
7) sostenere e promuovere il permanere a domicilio della persona anziana ed il lavoro di cura dei familiari.

A partire dal 2022 Comuni, Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, enti del Terzo settore, Associazioni Combattentistiche e d'Arma ed enti associativi diversi operanti in Piemonte hanno potuto presentare domanda ai Bandi annuali "Invecchiamento Attivo" per l'assegnazione di contributi per la realizzazione di interventi ed iniziative connessi all'attuazione del P.I.A.. Gli totale delle risorse messe a bando ammonta attualmente a oltre 3 milioni di euro.

Dati

I dati IRES evidenziano, nei prossimi anni, un progressivo invecchiamento della popolazione piemontese con una crescita di incidenza delle classi di età 65-74 anni e +75 a fronte di un decremento delle classi più giovani, comportando una complessiva perdita di popolazione residente.

	2018	**2023**	**2028**	**2033**	**2038**	**2018/ 2038**	**%**
0-19	742.584	724.839	708.788	697.866	702.221	-40.363	**-5,4**
20-44	1.212.530	1.176.497	1.197.087	1.224.334	1.233.623	21.093	**1,7**
45-64	1.314.697	1.314.765	1.251.913	1.155.224	1.079.351	-235.346	**-17,9**
65-74	521.904	525.001	536.342	586.403	610.366	88.462	**16,9**
75+	584.150	593.999	610.749	622.641	653.373	69.223	**11,9**
Totale	4.375.865	4.335.101	4.304.879	4.286.468	4.278.933	-96.932	**-2,2**

Le persone con più di 64 anni potrebbero aumentare di quasi 158mila unità entro il 2038, raggiungendo quota 1.264mila, pari al 29,5% sul totale della popo-lazione. 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.

7.1 Prospettive/obiettivi

Le proposte di intervento in questo quadro riguardano: - la capacità di dare sistematicità e continuità agli interventi diffusi che perseguono gli obiettivi richiamati nel Piano per l'Invecchiamento attivo; - la necessità di potenziare "interventi – faro" di rilievo regionale, quali il potenziamento delle "palestre di salute" (L.R. 22/2022) ; - la costruzione di una "*governance*" del Piano articolata sui livelli provinciali e di distretto, implementando la rete di *stakeholder* a livello regionale; - l'interrelazione da costruire in concreto con il Piano della Prevenzione.

8. NATALITÀ

Situazione attuale

La situazione demografica di un territorio rappresenta, rispetto al benessere dei minori, una determinante del loro benessere, poiché l'equilibrio generazionale impatta sulla condizione sociale del territorio, sulle priorità di investimento delle risorse pubbliche e sull'attenzione collettiva verso le tematiche giovanili e dell'infanzia. Secondo l'Indice del benessere dei bambini 2023[4], elaborato dall'Istituto degl'Innocenti, il dominio relativo all'equilibrio generazionale[5] pone il Piemonte all'undicesima posizione tra le regioni italiane.
Più in generale, si assiste ad una crisi demografica strutturale, con anticipato declino rispetto alla popolazione europea ed accentuati squilibri interni/natalità al minimo storico: intensità direzione opposta giovani (-) e anziani (+) con saldo di popolazione negativo rilevante. Rispetto resto Europa in Italia si registrano meno figli (1,24), con età tardiva per il primo figlio (31,6).
La scelta del primo figlio e ancor più del secondo figlio se non viene riconosciuto e promosso come un valore collettivo, rimane un desiderio individuale per sua natura "debole" rispetto al contesto di vita.
La situazione determina una prolungata permanenza dei giovani nella condizione di figli (a carico dei genitori) per difficoltà di ingresso stabile nel mondo del lavoro (e accesso abitazione) con preoccupanti deriva nella condizione di neet e con conseguente posizione precaria nel mondo del lavoro per i giovani. L'Italia si colloca tra i Paesi con il tasso di occupazione femminile più basso dell'Unione Europea (UE), pari al 55%.

Dopo il primo figlio: complicazioni organizzative familiari, che segnalano in particolare difficoltà di conciliazione tra lavoro e famiglia; tutto questo scoraggia decisamente a scelta del secondo figlio, specie in assenza di adeguati strumenti di conciliazione: chi ha figli più difficilmente lavora e chi lavora più difficilmente ha figli.
Le maggiori difficoltà a conciliare lavoro con la cura dei figli, e la presenza di deboli e frammentate misure di sostegno economico alle famiglie con bambini, evidentemente espongono maggiormente a rischio povertà le famiglie con figli (che riducono il numero di figli) rispetto a quelle senza figli che rinviano la scelta procreativa, rispetto a quelle over 65.

Nel 2022 in Regione Piemonte, in applicazione della Legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternita' e sull'interruzione volontaria della gravidanza) è stato istituito il Fondo Vita Nascente, legge regionale 6 del 2022, che all'articolo 19 prevede l'erogazione di contributi a terzi finalizzati alla promozione e realizzazione di progetti mirati al superamento delle cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. Lo stanziamento iniziale di 500mila euro e di 1 milione per ogni annualità successiva, sostiene concretamente le donne in difficoltà che stanno per diventare mamme o lo sono appena diventate.

Con Vita nascente le donne possono ricevere ascolto, consulenza, supporto, sostegno economico e beni di prima necessità rivolgendosi agli enti pubblici e privati vincitori del Bando regionale e accreditati presso i registri Asl, che si occupano di tutela della madre e del bambino e hanno sede nel territorio della propria Asl di riferimento.

[4] Istituto degl'Innocenti: "Indice del benessere dei bambini - L'indicatore sintetico sul benessere delle bambine e dei bambini, delle ragazze e dei ragazzi in Italia, nelle ripartizioni territoriali, nelle regioni Anno 2023" https://www.minori.gov.it/it/minori/indice-del-benessere-dei-bambini-2023
[5] Il dominio dell'equilibrio generazionale è composto da indice di vecchiaia. Anno 2023 - Fonte: Istat (IStat) e dall'indicatore sul rischio relativo di povertà relativa dei minorenni rispetto alle persone di 65 e più anni. Anno 2021 - Fonte: Istat

A seconda delle sue esigenze, vengono fornite risposte qualificate e specifiche, come: ascolto e consulenza, attraverso la presenza a sportello programmato presso i presidi sanitari; supporto alle donne in attesa per accompagnarle in una scelta consapevole; sostegno economico (compresi contributi per le spese di locazione e per il pagamento utenze) e gli aiuti materiali/fornitura beni di prima necessità (abbigliamento, alimenti, farmaci, pannolini, carrozzine, lettini, ecc.); sostegno psicologico in forma di percorsi individuali o di gruppo, attraverso figure professionali formate e accompagnamento ai gruppi di auto-mutuo aiuto tra gestanti e neomamme, destinati a rafforzare le risorse individuali, le reti parentali e amicali di supporto.

Dati

Fonti:
- https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing&action=statexp-seat&lang=it#:~:text=La%20popolazione%20dell'UE%20al,63%2C8%25%20della%20popolazione

- https://www.istat.it/it/files/2023/04/indicatori-anno-2022.pdf

-https://www.cnel.it/Comunicazione-e-Stampa/Notizie/ArtMID/1174/ArticleID/4923/PRESENTATO-RAPPORTO-CNEL-ISTAT-SU-OCCUPAZIONE-FEMMINILE#:~:text=Il%2069%2C3%25%20delle%20donne,per%20i%20padri%20in%20coppia

8.1 Prospettive/obiettivi

La famiglia è un sistema complesso multilivello e multidimensionale: la misura Vesta si propone di favorire il cambiamento culturale nella ridefinizione positiva del rapporto tra la scelta procreativa individuale e il benessere collettivo, anche in un'ottica di promozione e di sostegno alla natalità: per una coppia avere figli non deve avere conseguenze negative sulle possibilità di lavoro, sul rischio di impoverimento ma al contrario deve inserirsi positivamente nel percorso di realizzazione personale e professionale dei genitori.
La maggior parte delle coppie non vorrebbe rinunciare ad avere figli, ma troppo spesso redditi e risparmi non sono sufficienti: da qui un preoccupante inverno demografico che rischia di privare del futuro la comunità, ma anche la ferma determinazione della Regione Piemonte ad utilizzare le risorse necessarie per sostenere concretamente il potere di acquisto delle famiglie e dare vita ad un ingente piano di aiuto strutturale per l'accesso a servizi fondamentali che stanno diventando troppo costosi anche per il ceto medio in difficoltà.
Misura regionale Vesta: attivazione di un intervento regionale nell'ambito del PR FSE + 2021-2027 finalizzato a sostenere il più ampio e paritario accesso e la piena fruizione di servizi socio-educativi e di opportunità da parte delle famiglie con minori fino a 6 anni, contrastando la povertà educativa attraverso l'erogazione di un sostegno economico diretto- in forma di buono a parziale rimborso delle spese sostenute. La misura si affianca ad altre misure regionali tese a supportare e facilitare la gestione familiare dei bambini nella fascia di età 0-6 anni ed anche la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

9. 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 3 ha infatti tra i 18 e i 24 anni e più della metà di loro (55%) ha tra i 18 e 29 anni. Il 10% delle persone accolte è minore: tra questi, 38 sono minori stranieri non accompagnati.

Invece il **Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI)** offre 2469 posti in Piemonte, il 6,4% dei posti disponibili in Italia. Gli enti locali titolari di progetto sono 36, di cui 23 comuni, 2 unioni di comuni, 1 provincia e 10 enti consortili (enti gestori delle funzioni socio-assistenziali).

La provincia di Torino è l'unica che offre posti per persone con disagio mentale e/o disabilità fisica, di cui la quasi totalità (36 su 46) sono nel Comune di Torino; anche per quanto riguarda i minori stranieri non accompagnati più della metà dei posti disponibili è concentrata nel Comune di Torino (68%).

A questi dati bisogna aggiungere i 94 posti delle accoglienze del Sistema Antitratta piemontese che accolgono persone vittime di tratta e di grave sfruttamento di tipo sessuale, per accattonaggio e sfruttamento lavorativo: in maggioranza sono donne ma con un trend in aumento per gli uomini sopratutto in relazione allo sfruttamento lavorativo.

9.1 Prospettive/obiettivi

La definizione di Piani Regionali per la Salute dei migranti costituisce l'occasione per facilitare e/o potenziare percorsi già in atto, e comunque rappresenta un'opportunità per valorizzare e sostenere i servizi sanitari e socio-sanitari a favore dei migranti sul territorio regionale e creare una governance multilivello in tale ambito.

L'obiettivo specifico è quello di potenziare la tutela della salute di richiedenti e titolari di protezione internazionale, inclusi i minori stranieri non accompagnati (MSNA), in condizione di vulnerabilità fisica e/o psichica, presenti nei centri di accoglienza.

Si prevede la creazione / attivazione di equipe multiprofessionali presso tutte le ASL piemontesi per l'attivazione dei servizi di prevenzione e percorsi di cura per tutelare la salute delle persone con vulnerabilità psichiche e psicologiche ponendo attenzione alle dipendenze che spesso sono conseguenza o causa delle vulnerabilità stesse.

La presa in carico da parte delle equipe avviene in stretta correlazione con gli/le operatori/trici delle accoglienze i quali vengono formati, consultati ed eventualmente coinvolti nel trattamento successivo.

Una corretta gestione del percorso di cura prevede:

- consulenza agli operatori di riferimento

- attivazione di un percorso di cura mantenendo la persona presso il centro di accoglienza

- eventuale invio al servizio sanitario

- accompagnamento della persona e degli/delle operatori/trici al rientro in accoglienza al termine di un periodo di ricovero.

10. 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, l'accesso alla medicina preventiva e specialistica, la possibilità di trascorrere una convalescenza che non vanifichi l'intervento sanitario, rappresentano problemi insormontabili che si traducono spesso nella rinuncia alla cura di sé.

- la garanzia di livelli di salute e benessere adeguati ai senza dimora richiede un impegno da parte di più attori che, a vario titolo, come nel caso dei servizi sociali e dei servizi sanitari, sono chiamati a collaborare. Eppure le questioni normative, le difficoltà organizzative e l'articolazione delle competenze ai diversi livelli di governo, rendono di difficile applicazione l'enunciata integrazione socio-sanitaria.

- mancano a oggi protocolli di intervento o prassi consolidate di presa in carico socio-sanitaria che si basino su un concetto esteso di salute. Spesso, avviene invece che la presa in cura di una persona senza dimora generi fatiche e incomprensioni fra i servizi nello stabilire chi deve intervenire.

- Il Piano Nazionale per le Politiche Sociali, il PNRR e il Fondo Povertà stanno offrendo opportunità importanti per sviluppare servizi e attività di supporto. Tuttavia, sono presenti criticità significative: da un lato, non è sempre semplice avviare questa tipologia di servizi in territori che non li hanno mai avuti. Dall'altro, invece, c'è la complessità legata a ciò che accadrà a seguito della conclusione del finanziamento. I Comuni saranno in grado di continuare a garantire questa tipologia di servizio? Con quali risorse?

Dati

Il 15 Dicembre 2022 l'ISTAT ha pubblicato i dati del Censimento permanente della Popolazione al 31 dicembre 2021. Per la prima volta la rilevazione ha reso disponibili dati su alcuni gruppi specifici di popolazione, tra cui le persone che vivono nelle convivenze anagrafiche, quelle che risiedono in campi autorizzati o insediamenti tollerati e spontanei, e le persone "senza tetto" e "senza fissa dimora".

Secondo i dati dell'ISTAT sono 96.197 le persone senza tetto e senza fissa dimora iscritte in anagrafe. La maggioranza è composta da uomini e il 38% è rappresentato da cittadini stranieri, provenienti in oltre la metà dei casi dal continente africano. Le persone senza tetto e senza fissa dimora censite sono residenti in 2.198 comuni italiani, ma si concentrano per il 50% in 6 comuni: Roma con il 23% delle iscrizioni anagrafiche, Milano (9%), Napoli (7%), Torino (4,6%), Genova (3%) e Foggia (3,7%).

Per approfondimenti:

https://www.fiopsd.org/persone-senza-dimora/

https://www.fiopsd.org/una-nessuno-centomila/

https://www.fiopsd.org/osservatore-di-strada-maggio-2024/

10.1 Prospettive/obiettivi

La promozione di una reale integrazione socio-sanitaria: una governance congiunta tra servizi sociali territoriali e servizi sanitari nella cura delle persone con maggiori vulnerabilità;

La collaborazione tra più soggetti istituzionali e del privato sociale per la tutela dei diritti delle persone vulnerabili: affiancare, per esempio, fin dall'inizio dell'intervento sociale, la consulenza di un medico di medicina territoriale o di un ambulatorio, se le prestazioni necessarie rientrano tra quelle previste dall'assistenza sanitaria pubblica;

Il consolidamento di prassi a livello regionale come Protocolli di intervento, cura e assistenza tra servizi territoriali alla grave marginalità e servizi sanitari;

La creazione di percorsi di accoglienza post acuzie per persone che abbiano subito interventi o necessità di degenze prolungate che, in assenza di una dimora, rischiano di creare ricadute e aggravare ulteriormente le condizioni di salute;

La realizzazione, in un'ottica preventiva, di screening gratuiti delle condizioni di salute delle persone senza dimora presenti in strada, interventi di prima necessità ed orientamento verso il sistema sanitario territoriale.

L'assessorato alle Politiche sociali della Regione Piemonte ha inoltre deciso di accogliere le istanze dei territori di rafforzare i percorsi di potenziamento degli interventi di integrazione socio sanitaria rivolti a persone senza dimora, specificatamente nelle città di Torino e Cuneo. Da qui è nato il progetto per la sperimentazione del Tutor socio-sanitario. Il progetto è stato affidato a fio.PSD, Federazione Italiana Organismi per le persone senza dimora (fio.PSD), che ha avviato il percorso coinvolgendo gli enti pubblici (sociali e sanitari) e di terzo settore direttamente interessati dal fenomeno nei due territori interessati, passando poi alla fase pratica con équipe di strada, tutt'ora in corso.

11. SERVIZI SOCIALI DESTINATI AI MINORI

Situazione attuale

Il Piano nazionale degli Interventi e dei servizi Sociali 2024-2026, in corso di approvazione, introduce la previsione di un obiettivo di servizio individuato nella costituzione di un servizio di affidamento familiare dedicato in ogni Ambito Territoriale Sociale (attualmente 40 ATS in Piemonte) dimensionato sulla base del fabbisogno territoriale e secondo la specifica scheda servizio allegata.

La *legge 28 marzo 2001, n. 149* "Diritto del minore ad una famiglia" di modifica della *legge 4 maggio 1983, n. 184* "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" rafforza sia il diritto del minore a crescere e ad essere educato nell'ambito della propria famiglia, sia il diritto del minore a crescere e ad essere educato nell'ambito di una famiglia.
A garanzia di tale diritto, l'*art. 1, comma 3, della legge n. 149/2001*, prevede che lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie competenze, sostengano, con idonei interventi, nel rispetto della loro autonomia e nei limiti delle risorse disponibili, i nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l'abbandono e di consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia.

Dati

Nella sintesi del confronto nazionale, il dominio "Accoglienza e tutela" [6] dell'Indice sul benessere dei bambini[7] vede il Piemonte alla quinta posizione tra le regioni Italiane per migliore sistema dei servizi.

I dati più recenti al 31/12/2023 [8] indicano 1.431 minori in affido per almeno cinque notti a settimana (esclusi i Minori Stranieri Non Accompagnati) corrispondenti a 2,2 minori ogni 1000 under 18 residenti in Piemonte. Si tratta di un dato superiore alla media nazionale (1,4/1000)**[9]** che vede il Piemonte, insieme alla Liguria, tra le regioni in cui risulta più attivato l'affidamento familiare. Di questi 803 (il 56,1%) sono in affidamento eterofamiliare a singoli e famiglie e 628 (il 43,9%) in affidamento intrafamiliare a parenti. Il 70,1% degli affidamenti sono avvenuti per via giudiziale, il 29,9% per via consensuale. Nel caso dei soli affidamenti intrafamiliari la percentuale di affidamenti per via consensuale sale al 33%.

11.1 Prospettive/obiettivi

Alla luce del mutato contesto normativo specifico nazionale (tra queste le Linee di indirizzo per l'affidamento familiare Rep. atti n. 17/CU dell'8.2.2024, la legge

[6]Il dominio "Accoglienza e tutela" include i seguenti indicatori: affidamenti familiari ogni 100 collocamenti nei servizi residenziali per minorenni (al netto dei minori stranieri non accompagnati) (Anno 2020) Percentuale di figli in affidamento condiviso sul totale dei figli di 0-17 anni affidati nelle separazioni (Anno 2018)
[7] Fonte: Istituto degl'Innocenti, Ibidem
[8]Rilevazione annuale sui minori fuori dalla famiglia realizzata dalla Direzione Regionale Welfare della Regione Piemonte.
[9] Fonte: Ministero del lavoro e delle Politiche sociali "Quaderni della Ricerca Sociale 61 - I minorenni in affidamento familiare e nei servizi residenziali attraverso i dati SIOSS Anno 2023" https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita-infanzia-e-adolescenza/studi-e-statistiche/qrs-61-mff-2023

19.10.2015 n.173 sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare) e regionale (tra queste la L.R. n. 17/2022 "Allontanamento zero.

Interventi a sostegno della genitorialità e norme per la prevenzione degli allontanamenti dal nucleo familiare d'origine"), si intende portare a compimento la revisione delle disposizioni regionali in materia di accoglienza di bambini e ragazzi in affidamento familiare con la Deliberazione di Giunta regionale n. 79-11035 del 17 novembre 2003, aggiornandoli in riferimento all'evoluzione delle esigenze e delle caratteristiche dei minori e delle minori accolti, anche con riferimento al nuovo obiettivo di servizio definito nell'approvando Piano nazionale degli Interventi e dei servizi Sociali 2024-2026.

12. REVISIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI E GESTIONALI DELLE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA DEI 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 184/1993, novellata dalla Legge 149/2001, e per il Piemonte la Legge Regionale 17/2022.

L'analisi di queste due tipologie di accoglienza consente di valutare la capacità delle istituzioni del territorio di prendersi cura dei minori fuori dalla loro famiglia di origine.

Dati

Nella sintesi del confronto nazionale, il dominio "Accoglienza e tutela" [10] dell'Indice sul benessere dei bambini[11] vede il Piemonte alla quinta posizione tra le regioni Italiane per migliore sistema dei servizi.

I dati della Regione Piemonte al 31/12/2023 [12] indicano in 1.226 i minori ospiti di strutture residenziali. Di questi 1.120 (il 91,3%), risiedevano in strutture all'interno del territorio piemontese, 106 erano invece accolti da strutture fuori regione. Nell'arco del 2023 sono stati dimessi 574 minori, dei quali 527, il 91,8% residenti in strutture piemontesi e 47, l'8,2% in strutture fuori regione.

Rispetto al totale di cui sopra, i minori accolti nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, al 31.12.2023 risultavano 47 minori accolti nelle CTM (comunità terapeutiche per minori) del territorio regionale e 14 accolti in strutture terapeutiche fuori regione; 121 erano i minori accolti nelle comunità socio-riabilitative per minori (CRP) e 2 minori accolti in strutture fuori regione.

12.1 Prospettive/obiettivi

Con DGR n. 25-5079 del 18.12.2012 sono stati approvati i requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semi-residenziali per minori, a fronte dell'esigenza di avviare un processo di riqualificazione della rete delle strutture residenziali, al fine di garantire requisiti di qualità nei percorsi di accoglienza residenziale dei minori con bisogni particolari e specifici, dei nuclei genitore bambino, dei minori stranieri non accompagnati, nei percorsi di autonomia e nell'accoglienza in emergenza, attraverso progettualità diversificate, mirate ad evitare il collocamento fuori dalla famiglia per un tempo non determinato e volte a garantire, nel più breve tempo possibile, il reperimento di un'accoglienza famigliare.

[10] Il dominio "Accoglienza e tutela" include i seguenti indicatori: affidamenti familiari ogni 100 collocamenti nei servizi residenziali per minorenni (al netto dei minori stranieri non accompagnati) (Anno 2020) Percentuale di figli in affidamento condiviso sul totale dei figli di 0-17 anni affidati nelle separazioni (Anno 2018)

[11] Fonte: Istituto degl'Innocenti, Ibidem

[12] Fonte: rilevazione annuale dei minori fuori dalla famiglia-Direzione Regionale Welfare regione Piemonte.

L’art. 10 comma 8 della LR 17/2022 prevede l’avvio della revisione dei requisiti strutturali, gestionali ed organizzativi e la definizione delle tariffe delle strutture residenziali e semi-residenziali per minori, tenendo conto che i presidi per minori, fatto salvo il progressivo superamento dei presidi 0/5 anni come previsto dall’articolo 3, si articolano in fasce di età.

Nel febbraio 2024, inoltre, con Intesa n. 17/CU dell’8.2.2024 sono state approvate le nuove Linee di indirizzo per l’accoglienza nei servizi residenziali per minori.

Pertanto, allo scopo di aggiornare/implementare rispetto alla disciplina vigente, in relazione ai bisogni emergenti ed alla necessità prioritaria di assicurare risposte appropriate al superiore interesse dei minori accolti, nonché alla definizione a livello regionale delle tariffe afferenti alle diverse tipologie di strutture, residenziali e semi-residenziali, è stato avviato il percorso interistituzionale per la predisposizione della prima bozza nuovi requisiti strutturali, gestionali ed organizzativi delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori.

A seguire, saranno organizzate le consultazioni con gli stakeholders istituzionali e del privato sociale, nonché la rilevazione sulle tariffe applicate dalle strutture autorizzate al funzionamento in Piemonte, al fine di giungere all’adozione del provvedimento deliberativo di definizione dei nuovi requisiti strutturali, gestionali ed organizzativi delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori e per la definizione delle tariffe.

13. INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE DEI CENTRI PER LE FAMIGLIE IN FAVORE DELLE FAMIGLIE E I BAMBINI NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA

(in collegamento con l'Azione 11.1. del Piano regionale di prevenzione 2020-2025-Strategie intersettoriali per il sostegno e l'accompagnamento alla genitorialità)

Situazione attuale

Per lo sviluppo della salute dei bambini e delle bambine e la prevenzione delle malattie croniche è molto importante che i neo genitori possano usufruire di percorsi di accompagnamento e sostegno in modo da garantire un buon inizio per tutti e tutte. Infatti è documentato che gli interventi precoci rendono più facile l'acquisizione di nuove competenze in età successive, la costruzione della fiducia in sé stessi e la motivazione all'apprendimento oltre a sviluppare un miglior potenziale di salute soggettivo.
Con D.G.R. n. 89-3827 del 04/08/2016, in linea con gli orientamenti della L.R. n. 1/2004 sopra richiamata, sono state approvate le linee guida per la definizione delle finalità e delle funzioni essenziali dei Centri per le famiglie piemontesi, declinando le attività dei Centri, ascrivendole ad alcune principali aree di funzioni di seguito descritte, da considerarsi, per le ragioni in precedenza esposte, irrinunciabili:

- promozione della salute e dello stato di benessere delle famiglie;
- promozione e prevenzione primaria;
- prevenzione secondaria;
-

al fine di "sostenere la promozione del ruolo sociale, educativo, di cura delle famiglie" e non solo come servizi per le famiglie, ma come servizi di partecipazione civica, di costruzione del bene comune, spazi di incontro e di crescita collettiva e culturale.

Nel corso del 2023, è stata realizzata con il contributo di tutti i centri per le Famiglie, la Carta regionale per le famiglie 06, diffusa presso tutti i Servizi socio-sanitari e che sarà accessibile, attraverso apposito QR code, anche nell'Agenda della Gravidanza. [13]

Dati

Nel corso del 2024, i 50 centri per le Famiglie operativi sul territorio piemontese, hanno offerto servizi ed attività a più di 20.000 famiglie, di cui il 36% in condizione di vulnerabilità. Rispetto alla fascia di età, i minori 0/14 anni coinvolti nelle attività proposte dai centri sono stati più di 12.000, di cui il 23% in condizione di vulnerabilità [14].

[13]https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2023-01/carta_regionale_zero_6_centri_famiglia.pdf
[14]Fonte dati: monitoraggio 2024 della Direzione Regionale Welfare, nell'ambito della rilevazione nazionale promossa dal Dipartimento Politiche per la Famiglia.

13.1 Prospettive/obiettivi

L’azione intende pertanto proseguire nell’ambito del nuovo Piano regionale di prevenzione, la diffusione di strategie di promozione della salute attraverso l’alleanza tra i servizi sanitari (Ospedali, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Materno-Infantile, PLS, Distretti), i Centri per le Famiglie, gli Enti del territorio e il Terzo Settore (es. Spazio famiglia, Nidi, Biblioteche, Family hub, Sportelli di ascolto) con l’obiettivo di migliorare l’offerta di servizi di sostegno e accompagnamento alla genitorialità coinvolgendo nel percorso anche la popolazione target in un’ottica di engagement di comunità (Festa della Nascita, promozione della conoscenza e attuazione dei determinanti di salute nella prima infanzia, “Nati con la natura”, “Nati per leggere”, ecc.).

14. POLITICHE DI WELFARE ABITATIVO

Le politiche di Welfare abitativo della Regione Piemonte possono ripartirsi in t**re grandi linee di intervento.**

14.1 Gli 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 ERP a far data dalla fine del prelievo Gescal nel 1992.
La sfittanza del patrimonio dei 48.729 alloggi di ERP gestito dalle tre ATC è circa del del 10% e prevalentemente per cause legate a necessità manutentive.
L'attenzione della Regione Piemonte, delle ATC e dei Comuni è intercettare, programmare e gestire in maniera ottimale le fonti di finanziamento che si rendono disponibili.
Nell'ultimo quinquennio è stata effettuata la tempestiva programmazione di interventi di riqualificazione edilizia degli immobili di ERP per un totale di 141 milioni di euro, tutti attualmente in corso di realizzazione. I principali:

- Delibera Cipe n. 127/2017: 21 milioni (DGR n. 301 del 27.9.2019)
- Fondo Complementare PNRR: 85,4 milioni (DGR n. 4028 del 5.11.2021)
- riprogrammazione ex Gescal: 17 milioni (DGR n. 6980 del 5.6.2023)
- Legge 80, "lett. B", a scorrimento graduatorie approvate dal MIT: 13,2 milioni. Questa linea di finanziamento prevede trasferimenti ministeriali fino al 2029 per ulteriori 14 milioni.
- riprogrammazione economie Legge 80, "lett. A" e LR n. 8/2022: 3,5 milioni.

Sono infine ancora a carico del bilancio regionale, 1,3 milioni annui per le cooperative edilizie che hanno ottenuto finanziamenti con la LR n. 28/1976 a sostegno dei mutui.
A queste risorse si aggiungono quelle che le ATC e i Comuni proprietari reperiscono autonomamente, ad esempio il "Superbonus 110%", il Programma Innovativo della Qualità dell'abitare (PINQuA) su fondi PNRR.

14.2 Gli interventi a sostegno delle 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 (art. 20 LR n. 3/2010).
Il dato più recente, quello dell'esercizio 2023, vede 9.000 nuclei familiari beneficiari, per un importo complessivo di oltre 15 milioni di morosità incolpevole, dei quali almeno 9,3 milioni a carico del bilancio regionale (la quota restante a carico dei Comuni).
Sono ripartite annualmente dalla Giunta a 50 Comuni ad alto disagio abitativo le risorse regionali destinate alle Agenzie Sociali per la Locazione (ASLo) per 2,5 milioni a sostegno della sottoscrizione di contratti di locazione a canone concordato. Le ASLo danno attuazione anche ai criteri della LR n. 37/2009, ampliando la sfera dei

beneficiari ai genitori separati o divorziati in difficoltà; alla LR n. 18/2019 "*Disposizioni in materia di sostegno ai mutui destinati alla prima casa*".
Non sono state rifinanziati a livello statale dal 2023 il Fondo per il sostegno alla locazione (L. n. 431/1998) e del Fondo per la Morosità incolpevole (DL n. 102/2013) dedicati ai conduttori di alloggi privati. Il FIMI ha trovato un parziale rifinanziamento con la Legge di bilancio 2025.
E' ripreso con regolarità dal 2020 il finanziamento statale per gli interventi di abbattimento delle barriere architettoniche negli edifici privati, la Regione raccoglie il fabbisogno e ripartisce le risorse ai Comuni.

14.3 La disciplina del sistema di edilizia residenziale pubblica (ERP) e degli Enti gestori

La LR n. 3/2010 s.m.i. disciplina l'edilizia sociale, prevedendo che i Comuni proprietari gestiscano il patrimonio ERP "di norma" attraverso le ATC: su 48.729 alloggi di edilizia sociale gestiti dalle ATC n. 13.186 alloggi sono di proprietà comunale. Restano nella gestione diretta dei Comuni 1.754 alloggi, e 1.574 nella gestione del Consorzio intecomunale torinese (CIT).
Il fenomeno delle occupazioni abusive ha dimensioni limitate rispetto al patrimonio nel suo complesso (lo 0,74% della gestione ATC).
Le Agenzie Territoriali per la Casa, enti ausiliari della Regione, godono di piena autonomia amministrativa, organizzativa, patrimoniale e contabile (art. 28 LR n. 3/2010).
La legge regionale attribuisce alla Giunta regionale il controllo sulla gestione delle ATC, finalizzato all'accertamento della loro produttività. Tale controllo si esplica attraverso una serie di indicatori finanziari, atti a rilevare i dati generali di bilancio, la spesa per il personale, le capacità di incasso e di spesa, l'andamento dei canoni e dei residui.
A partire dall'esercizio 2023, sono attribuiti degli obiettivi su base annuale ai Consigli di Amministrazione delle ATC, focalizzati in particolare sulla capacità di incasso e sullo stato di avanzamento degli interventi edilizi finanziati tramite la Regione Piemonte, che costituiscono un'ulteriore base di valutazione per la Giunta regionale.
Le famiglie in lista di attesa nelle graduatorie ERP di tutto il Piemonte sono oltre 14.000.
Il canone ERP è mantenuto a livelli sociali (canone mensile medio pari a euro 96,54 – dato aggregato ATC 2023).

14.4 Fondo straordinario conguagli

Il Regolamento regionale n.4 del 07 maggio 2024, ai sensi dell' articolo 4, comma 2 della legge regionale 27 febbraio 2024, n. 2 (Modifiche alla legge regionale 17 febbraio 2010, n. 3 e ulteriori disposizioni) disciplina il fondo straordinario per il pagamento dei conguagli delle utenze, destinato agli inquilini a basso reddito assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica presso le agenzie territoriali per la casa del Piemonte (ATC).
Possono accedere al fondo straordinario conguagli utenze i soggetti assegnatari, al 1° gennaio di ogni anno, di alloggi di edilizia residenziale pubblica presso le agenzie

territoriali del Piemonte ai sensi delle disposizioni della legge regionale 17 febbraio 2010, n. 3(Norme in materia di edilizia sociale).
I soggetti interessati devono essere destinatari di una richiesta di pagamento (bollette) avente ad oggetto il costo di utenze e costituenti la differenza tra quanto già conteggiato e quanto effettivamente dovuto ai sensi dei consumi effettuati (c.d. conguagli), inerenti l'alloggio assegnato.
Per il 2024 l'erogazione del fondo si è riferita a conguagli concernenti il periodo compreso tra il 1° gennaio 2016 e il 31 dicembre 2022. Per quanto riguarda gli anni successivi al 2024, l'erogazione del fondo riguarderà conguagli riferiti a periodi successivi al 31 dicembre 2022.

14.5 Autorecupero

La Dgr 18-377/2024/XII ha introdotto l'autorecupero degli alloggi carenti di manutenzione come obiettivo per le ATC.
L'autorecupero, come specificamente previsto dall'art. 22 bis Legge Regionale 3/2010, dà la possibilità di assegnare alloggi di edilizia sociale, individuati tra quelli non assegnabili perché necessitano di interventi di manutenzione. I soggetti partecipanti, una volta ottenuta la qualifica di assegnatario, si devono impegnare, in accordo con ATC, a realizzare entro i tempi concordati gli interventi di manutenzione indispensabili per rendere l'alloggio adeguato per l'assegnazione in locazione. Le modalità di esecuzione dei lavori, la spesa massima riconosciuta e l'iter per il rimborso (compresi gli oneri fiscali e ogni altra voce di spesa) sono concordati con ATC per ogni singolo intervento. Con riferimento all'alloggio scelto e assegnato a chi abbia ottenuto l'assegnazione, l'ammontare complessivo del costo riconoscibile per le opere eseguite non può essere superiore a 10.000,00 euro, compresi gli oneri fiscali e ogni altra voce di spesa. Il costo dell'intervento viene rimborsato mensilmente all'assegnatario, entro il limite massimo previsto, mediante compensazione sul solo canone di locazione dell'alloggio, sino ad esaurimento dell'importo e al netto delle detrazioni fiscali eventualmente spettanti.

14.6 Prospettive/obiettivi

Sull'edilizia sociale, le Leggi di bilancio 2024 e 2025 hanno destinato con 560 milioni nel 2027-2030 per misure sperimentali del nuovo "Piano casa Italia" dedicato all'ERP e all'edilizia sociale anche di operatori privati. Un documento del MIT "*Position paper sul nuovo Piano Casa*", reso noto nel febbraio 2024, pone tra le possibili linee di lavoro l'istituzione di un fondo nel quale, oltre alla dotazione propria, confluiscano risorse non utilizzate di finanziamenti nazionali o europei. Sempre la Legge di bilancio 2025 prevede uno strumento finanziario per l'efficientamento energetico dell'ERP destinandovi 1,38 miliardi della Missione 7, Investimento 17 di RePowerEU. Per entrambe le misure si attendono i decreti attuativi.
Il Piano Sociale per il Clima (PSC) che attinge alle risorse EU del Fondo sociale per il clima, ha una
dotazione per l'Italia di 7 miliardi e dovrà essere presentato entro giugno del 2025. E' teoricamente possibile anche il finanziamento di interventi di efficientamento su patrimonio ERP.

Va perseguito l’efficientamento del sistema ERP nel suo complesso, verificando anche con gli enti gestori, le motivazioni per il non soddisfacente utilizzo di alcuni strumenti, ad esempio i bandi per l’autorecupero, e valutando proposte di modifica della LR n. 3/2010 nell’ambito di un cantiere aperto a tutti gli stakeholders.

15. 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 Regione, nel corso del biennio 2023/2024, ha avviato la sperimentazione del servizio civile regionale, dando attuazione alla LR 7/2015.

La risposta partecipata degli Enti di Servizio Civile Universale presenti sul territorio e l'interesse dimostrato dai giovani nell'impegnarsi consapevolmente a favore della comunità, mettendo volontariamente a disposizione tempo, energie, talenti per la realizzazione di progetti concreti a favore della collettività, ha determinato, nel biennio 2024/2025, l'approvazione del finanziamento della seconda Edizione della misura SCR attualmente in corso.

Il servizio civile, in quanto esperienza cui partecipano giovani di età compresa tra i 18 ed i 28 anni compiuti, ben si presenta quale:

- soluzione innovativa in grado di valorizzare le capacità personali e lo scambio di esperienze tra pari;

- esperienza di partecipazione giovanile, essenziale per colmare il divario tra giovani e istituzioni, ed utile a raggiungere gran parte degli obiettivi fissati dall'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile;

- strumento che educa i giovani ad una maggiore partecipazione nella società e che, al contempo, potenzia la loro occupabilità futura.
I progetti di servizio civile regionale, infatti, sviluppati in ambiti di intervento che perseguono obiettivi di interesse pubblico specifico, offrono ai giovani la possibilità non solo di vivere un'esperienza di grande valore civico e sociale, ma anche di acquisire esperienza e competenze spendibili nel mondo del lavoro, contribuendo così ad arricchire la loro formazione.

Per l'anno 2024/2025, gli obiettivi individuati dall'assessorato regionale alle Politiche sociali sono stati prioritariamente il contrasto alla diffusione delle droghe e delle dipendenze patologiche da sostanze attraverso la promozione attiva di stili di vita sani, e la realizzazione di attività di utilità sociale e risanamento di situazioni di degrado all'interno di periferie urbane e aree adibite a edilizia residenziale pubblica.

Rientrano poi tra le possibili azioni il sostegno di minori e giovani in condizioni di disagio o di esclusione sociale, nonché la realizzazione di attività di utilità sociale nell'ambito dell'agricoltura sociale e della biodiversità, dell'educazione alimentare e della lotta allo spreco cibo, dell'educazione e della promozione paesaggistica, ambientale, del turismo sostenibile e sociale e dello sport.

Dati

La sperimentazione del servizio civile regionale, annualità 2023/2024, ha visto lo svolgimento di 8 progetti presentati da 6 Enti SCU aventi sedi operative sul territorio

regionale e l'avvio di 54 operatori volontari, a fronte di 181 domande di partecipazione.

Al fine valorizzare le competenze acquisite nel corso del servizio, è stata offerta ai giovani una giornata formativa in materia di riconoscimento e di validazione delle competenze non formali e informali, invitandoli a seguire il percorso finanziato dalla Regione Piemonte in collaborazione con le Agenzie Formative accreditate.
L'opportunità è stata colta da 50 giovani.

Per la seconda edizione del servizio civile regionale, annualità 2024/2025, sono stati avviati 4 progetti per un totale di 34 giovani in servizio, a fronte di 202 domande di partecipazione.

15.1 Prospettive/obiettivi

Implementare l'opportunità per i giovani di svolgere servizio civile quale opportunità di crescita personale, di cittadinanza attiva e di orientamento al mondo del lavoro.

Istituire Tavoli di confronto con il mondo della scuola e delle università per la promozione del servizio civile, attraverso spazi strutturati di orientamento.

Sostenere la collaborazione tra soggetti istituzionali per la valorizzazione del ruolo dei giovani operatori volontari in chiave di riconoscimento delle competenze e di orientamento al mondo del lavoro.

Implementare il lavoro sul territorio per promuovere stili di vita sani.