

Prot. n. 25008 del 19/10/2025

Al Presidente del Consiglio regionale
Davide NICCO

p.c. Al Presidente della Giunta regionale
Alberto CIRIO

SEDE

OGGETTO: Parere in ordine alla proposta di deliberazione n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030. Approvazione"

Egregio Presidente,

Le comunico che il Consiglio delle Autonomie locali, nella seduta del 19 novembre 2025, ha espresso, a maggioranza dei presenti, parere favorevole in ordine alla proposta di deliberazione n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030. Approvazione".

A tal fine, Le trasmetto la relativa deliberazione.

L'occasione mi è gradita per porgerLe i migliori saluti.

Il Presidente

Mauro BARISONE

(Firmato in originale)

AJ/SS/AB/LP

Prot. n. 25008 del 19/10/2025

Deliberazione n. 23 del 19 novembre 2025

Parere in ordine alla proposta di deliberazione n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030. Approvazione"

Visto l'articolo 11 della legge regionale 7 agosto 2006, n. 30 *"Istituzione del Consiglio delle Autonomie locali (CAL) e modifiche alla legge regionale 20 novembre 1998, n. 34 (Riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi della Regione e degli Enti locali)"*;

considerato che, in data 16 ottobre 2025, è pervenuta al CAL la richiesta di parere in ordine alla proposta di deliberazione n. 126 *"Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030. Approvazione"*;

preso atto dello svolgimento della seduta in modalità telematica;

preso, altresì, **atto** dell'istruttoria e delle osservazioni, che si allegano, pervenute da Provincia di Cuneo, ANPCI, ALI, UNCEM, Comune di Torino e ANCI;

rilevato che il "Piano socio-sanitario regionale 2025-2030", deliberato dalla Giunta regionale lo scorso 29 luglio con DGR 1-1449/2025, individua gli obiettivi generali di salute e di politica sanitaria regionale da assumere per la programmazione locale e le linee di governo dei servizi socio-sanitari regionali in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione;

ritenuti condivisibili gli obiettivi generali del piano, in particolare sul rilancio dell'universalità del servizio sanitario, sul potenziamento della medicina territoriale e sull'impegno per l'integrazione socio-sanitaria;

rilevata, altresì, l'importanza della valorizzazione del capitale umano, l'integrazione socio-sanitaria, l'infermiere di comunità e le farmacie dei servizi;

rilevate, tuttavia, criticità in merito ad aspetti cruciali, in particolare: gli strumenti di innovazione inclusiva e accessibilità quali il Cup integrato con l'intelligenza artificiale, la sostenibilità economica, l'attuabilità delle misure proposte, la governance dei nuovi modelli organizzativi e la necessità di garantire un coinvolgimento stabile e normato dei territori (comuni, distretti e terzo settore);

rilevate, inoltre, ulteriori perplessità in merito:

- alla gestione e all'eventuale chiusura di punti DEA o Pronto Soccorso;
- in riferimento alla proposta del Piano socio-sanitario, la necessità di meglio definire la nuova figura di "Direttore Socio Sanitario", che si affianca al Direttore generale, al Direttore sanitario e al Direttore amministrativo, quale figura di collegamento tra le autonomie locali e gli enti sanitari per rispondere alle esigenze territoriali;
- alla prosecuzione dei progetti finanziati dal PNRR concernenti gli ospedali di comunità, le case di comunità e le centrali operative territoriali (COT) e la necessità di chiarimenti riguardo le risorse umane da destinare a tali strutture;

- alla sostenibilità economica degli elementi contenuti nel Piano e alle possibili ricadute sui bilanci comunali;

- alla definizione delle priorità previste nel Piano al fine di rispondere innanzitutto ai bisogni più diffusi della popolazione, con particolare attenzione ai servizi per gli anziani, alla gestione delle cronicità e al sostegno delle nuove generazioni;

richiamata, altresì, la necessità di porre attenzione:

- alle esigenze delle popolazioni dei piccoli comuni, in particolare di quelli montani, rispetto all'accessibilità alle strutture sanitarie, sovente troppo distanti;

- alla cura per i grandi obesi nonché per la salute mentale, per l'autismo degli adulti e per il tema dell'invecchiamento;

- al potenziamento dei tavoli per la telemedicina;

preso atto, infine, delle risposte dell'assessore alla sanità rispetto a talune delle problematiche sollevate;

Delibera

a maggioranza dei presenti, di esprimere parere favorevole in ordine alla proposta di deliberazione n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030. Approvazione", con la raccomandazione che siano prese in esame le criticità e gli ulteriori elementi rilevati sia in narrativa sia nelle osservazioni allegate.

Il Presidente

Mauro BARISONE

(Firmato in originale)



Al Presidente del Consiglio
delle Autonomie Locali
Mauro Barisone
cal@cr.piemonte.it

Oggetto: Osservazioni Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030.

Premessa e valutazione strategica

Il presente documento raccoglie le osservazioni dei territori sul **Piano Socio-Sanitario Regionale 2025-2030 (PDCR n. 126)**, la cui adozione giunge dopo un significativo periodo di assenza di un documento strategico di medio-lungo periodo. Si esprime **ampia e convinta condivisione** sugli obiettivi generali del Piano, in particolare sul rilancio dell'**universalità del Servizio Sanitario**, sul potenziamento della **medicina territoriale** e sull'impegno per l'**integrazione socio-sanitaria**. Questi indirizzi costituiscono un'eccellente base concettuale per rispondere al "bisogno di salute" della popolazione piemontese.

Tuttavia, si esprimono riserve critiche su aspetti cruciali che ne determineranno la concreta efficacia. In primo luogo, la **sostenibilità economica e l'attuabilità** delle misure proposte non sono sufficientemente chiare. In secondo luogo, la **governance** dei nuovi modelli organizzativi e la necessità di garantire un **coinvolgimento stabile e normato dei territori** (Comuni, Distretti e Terzo Settore) nella fase attuativa e di monitoraggio appaiono come punti deboli. Senza garanzie su adeguate risorse, tempi certi e congruenza con le specificità locali, l'impianto del Piano rischia di restare "di principio" e non realizzarsi nei fatti.

Istanze territoriali e raccordo istituzionale

I **Sindaci** lamentano una carenza informativa sostanziale, in particolare sulla genesi delle ragioni politiche e sociali sottese ad alcune scelte di rilievo, come l'istituzione dei **Direttori Socio-sanitari** e dell'**Ente di Gestione delle Risorse Sociali**. Si invita pertanto l'Amministrazione Regionale, attraverso l'azione consultiva del CAL, a intraprendere un **percorso di confronto strutturato** con i territori in vista dell'emanazione dei provvedimenti attuativi. Inoltre, si auspica che la Regione prenda in seria considerazione le osservazioni già presentate dagli **Enti Gestori dei servizi sociali (Consorzi Socio-Assistenziali)**, che rappresentano il riferimento operativo dei Comuni.



Un focus specifico è richiesto per le **aree montane e marginali**: è doveroso portare all'attenzione della Regione che i Comuni montani, con difficoltà di accesso ai servizi e bassa densità demografica, rischiano di essere penalizzati da una pianificazione regionale che non preveda **adeguati correttivi e modelli territoriali flessibili** capaci di superare l'isolamento sanitario.

Analisi per aree tematiche

Medicina territoriale e innovazione

Il modello proposto per le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) è accolto favorevolmente, in quanto elemento chiave per garantire maggiore continuità assistenziale. Tuttavia, resta irrisolto il problema della **contrattualizzazione** di tali figure (liberi professionisti). Si ritiene indispensabile che le AFT siano istituite **“per norma”** con una distribuzione pianificata che garantisca equità e che tenga conto del **sistema di Trasporto Pubblico Locale (TPL)** esistente, per non creare ulteriori difficoltà di accesso per i pazienti più fragili.

Il potenziamento dei tavoli di coordinamento interdisciplinare e lo sviluppo della **telemedicina** e del teleconsulto sono strategie positive, benché l'attuazione concreta di quest'ultima risulti ancora **residuale e disomogenea**, richiedendo un maggiore pragmatismo negli investimenti e nella diffusione.

Integrazione Socio-Sanitaria e Digitalizzazione

La volontà di rafforzare l'**integrazione socio-sanitaria** e promuovere la presa in carico multidimensionale è cruciale. L'attivazione dei **Punti Unici di Accesso (PUA)** dovrà necessariamente prevedere l'implementazione di **personale sanitario** in affiancamento a quello sociale. Si avverte che tale integrazione è condivisibile, purché non si traduca in uno **spostamento di oneri economici** dai livelli sanitari regionali ai bilanci degli enti gestori (Consorzi), un rischio acuito dall'assenza di una chiara definizione dei confini di responsabilità finanziaria tra **LEA/Extra LEA**.

La **digitalizzazione** deve coinvolgere le attività territoriali, soprattutto socio-sanitarie, per favorire la condivisione delle informazioni. È richiesto che l'implementazione sia supportata da software gestionali dedicati e collegati al fascicolo sanitario per gestire l'intero percorso di cura della persona non autosufficiente e con disabilità.

Criticità organizzative e gestionali

Si esprimono forti riserve sull'istituzione di nuove figure dirigenziali e dipartimenti:



- Il **Direttore Socio Sanitario** non appare una priorità di spesa e risulta un potenziale "doppione" rispetto ai coordinamenti esistenti (COT, PUA, Distretti), risultando in contrasto con l'obiettivo dichiarato di tagliare la spesa improduttiva;
- L'**Ente di Gestione delle Risorse Sociali** desta il timore che possa interferire con l'autonomia decisionale e gestionale dei Consorzi e ledere il principio della prossimità.

Carenze strategiche per la fragilità

Il Piano non contiene linee robuste e differenziate per diverse aree di fragilità:

- **Salute mentale:** si rende necessario potenziare i servizi sanitari di cura (posti letto ospedalieri, strutture residenziali specializzate, supporti domiciliari) e assicurare l'incremento dei servizi di supporto e prevenzione del disagio giovanile;
- **Autismo adulti:** i Centri Autismo Adulti dovrebbero avere una **collocazione territoriale più vicina ai cittadini**, che rispecchi la geografia dei Distretti;
- **Invecchiamento:** mancano linee specifiche per assistenza domiciliare, cronicità e demenze. Si chiede un **"fondo regionale per cronicità e demenze"** con criteri di riparto che tengano conto dell'invecchiamento demografico e della fragilità territoriale. Si ribadisce che la paventata volontà di incrementare la **soglia d'ingresso per le RSA da 65 a 70 anni** desta viva preoccupazione, in quanto rischio scaricato inevitabilmente sui Comuni e sugli Enti Gestori.

Governance e intervento locale

Si registra il timore che, una volta approvato, i Comuni possano essere esclusi dalle fasi operative di gestione e monitoraggio. È indispensabile stabilire che in ogni Distretto il **Comitato dei Sindaci (esteso ai Consorzi)** si riunisca nella fase progettuale dei Piani delle Attività Territoriali, con **poteri consultivi vincolanti**. Occorre inoltre introdurre forme di **"co-governance" locale** e prevedere meccanismi di revisione e aggiornamento del Piano con la partecipazione degli *stakeholder* locali.

Proposte Correttive per le Aree Montane

Si teme che le Case della Comunità e gli altri presidi locali siano progettati con modelli **"urbani"** non compatibili con le realtà alpine, generando **"zone scoperte"** o servizi insufficienti.

1. **Modulazione dei presidi:** sarà necessario prevedere specifici parametri di **"densità territoriale"** e scaglioni aggiuntivi per i territori montani per modulare il numero e le caratteristiche dei presidi;



2. **Proposta pilota:** si propone che all'interno dell'ASL vengano individuati uno o più territori come **"aree pilota"** per modelli integrati di sanità montana, sperimentando modalità adattate di presidi, telemedicina, integrazione sociale e sanitaria;
3. **Incentivazione del personale:** per contrastare la carenza strutturale di personale in montagna, occorre prevedere **incentivi regionali specifici** per i professionisti (bonus, condizioni abitative) e introdurre **meccanismi perequativi regionali** che compensino i maggiori costi di servizio per i territori montani.

Torino, 05 novembre 2025

Firma della Presidente

Elena Piastra

Arrivo: AOO CR, N. Prot. 00023618 del 06/11/2025

1.v, 13.v, 6.v, 30/2025A/CR.fra, CR.arm, 5.nd



ASSOCIAZIONE REGIONALE DEI COMUNI DEL PIEMONTE

• dal 1972 •

Prot. 418/2025/MO
Torino, 18/11/2025

Al Presidente del CAL
Consiglio Autonomie Locali
Mauro BARISONE

via e-mail: cal@cr.piemonte.it

Oggetto: Parere in ordine alla proposta di deliberazione n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030. Approvazione".

Spett.le Presidente,

ANCI Piemonte ha partecipato attivamente e fin dall'origine al processo di consultazione sulla proposta di Piano e, in questa sede, desideriamo richiamare anzitutto l'attenzione sulle osservazioni Integrative già formalmente trasmesse all'Assessorato regionale con nota Prot. n.331/2025/MBG del 15 settembre 2025.

Riteniamo strategico per i comuni piemontesi che l'obiettivo di dare al Piemonte un nuovo Piano sia sostenuto, soprattutto nel delicato passaggio da una visione programmatica a uno strumento pienamente operativo, capace cioè di tradurre principi condivisibili in azioni tangibili per i nostri cittadini. Accogliamo quindi con favore la volontà della Regione di aggiornare il sistema sociosanitario e, in quest'ottica, offriamo i seguenti spunti di perfezionamento auspicando che siano recepiti nel prosieguo dell'iter consiliare.

1. Consolidamento della fase attuativa e valorizzazione del capitale umano. Apprezzando, come detto, gli obiettivi definiti dal Piano, riteniamo che il documento possa essere ulteriormente rafforzato affiancando alla visione strategica una più dettagliata declinazione operativa, con obiettivi specifici e cronoprogrammi che permettano di monitorare lo stato di attuazione. Riteniamo, in tal senso, che al capitale umano vada riservata un'attenzione prioritaria: il successo delle nuove strutture previste dal PNRR (Case e Ospedali di Comunità) dipenderà dalla capacità di attuare strategie di reclutamento efficaci per medici, infermieri e personale tecnico. Questo è essenziale per garantire che i nuovi presidi territoriali siano pienamente funzionali e in grado di rispondere alla carenza di Medici di Medicina

ANCI PIEMONTE

Contatti

Tel.: +39 011 861 2191
Email: info@anci.piemonte.it
PEC: anci.piemonte@pec.it
www.anci.piemonte.it

Sede legale:
corso Inghilterra, 7
10138 Torino (TO)

C.F. 80097160016
P.IVA 12074980017
Codice univoco UF87O1

Arrivo: AOO CR, N. Prot. 00024929 del 19/11/2025

1.v, 13.v, 6.v, 30/2025A/CR.fra, CR.arm, 10.nd



ASSOCIAZIONE REGIONALE DEI COMUNI DEL PIEMONTE

• dal 1972 •

Generale, una sfida che tocca trasversalmente piccoli comuni e grandi centri urbani.

2. Integrazione e valorizzazione delle competenze. L'integrazione sociosanitaria rappresenta il cuore della riforma: per renderla efficace, suggeriamo di delineare con ancora maggiore chiarezza la sinergia tra la funzione Sanitaria (Regione/ASL) e la funzione Sociale, di cui i Comuni sono costituzionalmente e storicamente riservatari. In merito alla figura del nuovo Direttore Socio-Sanitario, auspichiamo che questa venga declinata come un ruolo di raccordo e facilitazione, capace di dialogare costruttivamente con gli Enti Gestori, nel quadro delle attribuzioni di competenza stabilite dalla legge nazionale.

3. Sostenibilità e flessibilità delle risorse. Per consentire agli Enti Gestori di rispondere con efficacia ai bisogni specifici delle comunità, suggeriamo di orientare le risorse verso una maggiore flessibilità di utilizzo, riducendo ove possibile i vincoli di destinazione. Inoltre, consideriamo strategico un aggiornamento dei parametri economici relativi alla non autosufficienza e alla residenzialità (RSA), affinché siano adeguati all'attuale quadro demografico e ai costi reali, a sostegno della sostenibilità del sistema complessivo.

4. Strumenti di collaborazione. Rinnoviamo la proposta di lavorare celermente alla definizione di una Convenzione Quadro Regionale, poiché riteniamo che questo strumento sia fondamentale per definire ruoli, competenze e criteri di riparto delle spese, garantendo così livelli essenziali di assistenza omogenei su tutto il territorio regionale, pur mantenendo la capacità di valorizzare le eccellenze locali già consolidate.

5. Innovazione inclusiva e accessibilità. Accogliamo con interesse l'introduzione di strumenti innovativi come il CUP integrato con Intelligenza Artificiale ma, per massimizzarne l'efficacia, suggeriamo di accompagnare l'innovazione digitale con reti di supporto "fisico" (come l'infermiere di comunità o le farmacie dei servizi), a tutela delle fasce di popolazione più anziane o con minore alfabetizzazione digitale. Anche sul fronte dei trasporti sanitari, offriamo la disponibilità delle reti di trasporto sociale già gestite da Comuni e Consorzi, affinché possano integrarsi nelle nuove task force regionali ottimizzando le risorse esistenti.

Consapevoli che il percorso di audizione nei quadranti si deve ancora concludere e che si ritengono centrali gli aspetti segnalati anche in quelle sedi, all'esito della consultazione dei nostri associati svolta in data 14 novembre u.s., la scrivente Associazione regionale conferma, pertanto, la totale disponibilità a proseguire nel confronto.

ANCI PIEMONTE

Contatti

Tel.: +39 011 861 2191

Email: info@anci.piemonte.it

PEC: anci.piemonte@pec.it

www.anci.piemonte.it

Sede legale:
corso Inghilterra, 7
10138 Torino (TO)

C.F. 80097160016
P.IVA 12074980017
Codice univoco UF87O1

Arrivo: AOO CR, N. Prot. 00024929 del 19/11/2025

1.v, 13.v, 6.v, 30/2025A/CR.fra, CR.arm, 10.nd



ASSOCIAZIONE REGIONALE DEI COMUNI DEL PIEMONTE

• dal 1972 •

Siamo certi che l'accoglimento di queste osservazioni, frutto dell'esperienza diretta sui territori, contribuirà a rendere il nuovo Piano uno strumento ancora più solido, efficiente e vicino ai cittadini.

Con i nostri più cordiali saluti.

Il Vicepresidente con delega
alle Politiche del Welfare e sanità,
edilizia sociale, immigrazione ed accoglienza
Vincenzo Andrea Camarda
Firmato in originale

Il Presidente ANCI Piemonte
Davide Gilardino
Firmato in originale

Arrivo: AOO CR, N. Prot. 00024929 del 19/11/2025

1.v, 13.v, 6.v, 30/2025A/CR.fra, CR.arm, 10.nd

ANCI PIEMONTE

Contatti

Tel.: +39 011 861 2191

Email: info@anci.piemonte.it

PEC: anci.piemonte@pec.it

www.anci.piemonte.it

Sede legale:
corso Inghilterra, 7
10138 Torino (TO)

C.F. 80097160016
P.IVA 12074980017
Codice univoco UF87O1



ASSOCIAZIONE NAZIONALE PICCOLI COMUNI d'ITALIA

Un paese vuol dire non essere soli, sapere che nella gente, nelle piante, nella terra c'è qualcosa di tuo e che anche quando non ci sei resta ad aspettarti. (Cesare Pavese)

Al Presidente del CAL Piemonte
Mauro Barisone
cal@cr.piemonte.it

PDCR n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030".

OSSERVAZIONI ANPCI

Il nuovo piano socio sanitario della Regione Piemonte ritorna dopo circa 30 anni di assenza.

Ne consegue che, sulle spalle di chi ci ha lavorato, ci sia stato un complesso lavoro di revisione e riadattamento delle esigenze di salute della popolazione utente piemontese.

In particolare la popolazione piemontese fa i conti con una percentuale di pazienti anziani (età superiore ai 65 anni) del 26% (una delle più alta in Italia). Ciò comporta un aumento delle malattie croniche e della domanda di assistenza sanitaria a lungo termine. Per tale motivo sono stati introdotti tavoli di lavoro per specifiche patologie ed emergenti problematiche e in un'ottica di avviamento alle cure, avviate nuove figure professionali e nuovi organismi di sostegno all'utenza.

Verrà introdotto il "Corpo logistico sanitario piemontese" dedicato al trasporto degli utenti meno abbienti dal punto di vista delle capacità fisiche verso le strutture sanitarie ove si effettueranno le prestazioni prenotate.

E' stata istituita la figura del R.O.A.S. (responsabile operativo degli ambienti sanitari) di ospedale e territorio per il miglioramento degli ambienti nell'ottica di renderli più confortevoli, umani ed accoglienti. Tale figura professionale opera in modo trasversale, superando la visione dell'operatività a SILOS, a supporto dello staff della direzione sanitaria ed amministrativa Aziendale.

Il nuovo P.S.S. (Piano Socio Sanitario) auspica una FORTE AUTONOMIA E RESPONSABILITA' DELLE ASR fondata su un patto di responsabilità , che porti ad una PIENA LIBERTA' nell'organizzazione dei servizi e ad rispetto primario dei principi di equità, qualità e sostenibilità del SSN pubblico ed e' incentrato a superare il modello "ospedale centrico "a favore di una visione "territorio centrica" che coinvolga di gran lunga la medicina territoriale e riservando il ricovero in ospedale solo alle patologia davvero acute.

A tal riguardo, entro il 2026, verranno realizzati:

- 91 nuove Case di comunità;
- 30 Ospedali di comunità;
- 43 C.O.T. (centrali operative territoriali).
-

Sono state istituite le case di Comunità. L' ANPCI chiede alla Regione quali figure vi lavoreranno? sono già stati adeguati i contratti dei MMG a tale scopo?

Son state istituite le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) che garantiranno una copertura assistenziale capillare e continuativa, ponendo in essere una presenza sul territorio di 7 giorni settimanali dalle 08.00 alle 20.00. Questa è un'opportunità da non perdere e l'ANPCI la cui rappresentanza di piccoli Comuni, spesso territorialmente lontani da presidi ospedalieri ed altrettanto spesso scoperti di ambulatori di medici di medicina generale, auspica un veloce confronto tra Regione e categoria al fine di concordare le modalità con cui ciò potrà avvenire in maniera più rapida possibile.

E 'stato istituito un nuovo CUP supportato dalla Intelligenza artificiale che attenzioni anche il FSE insieme all'utilizzo di nuove App come quella Piemonte-Salute. L'ANPCI chiede: il Cup regionale così esteso e di difficile gestione perché non sostituirlo con uno provinciale?

TRA LE NOTE SU CUI IL NUOVO PIANO SOCIO SANITARIO PONE ATTENZIONE

Viene individuato il concetto della "CENTRALITA' DEI SERVIZI" secondo cui il paziente, soprattutto nelle condizioni di salute critiche tempo dipendenti, venga indirizzato al centro con le massime competenze cliniche più inerenti la patologia in essere. Ciò concorre anche all'abbattimento o comunque alla riduzione della criticità legata alla carenza del personale sanitario medico/infermieristico. L'offerta ospedaliera regionale infatti è troppo frammentata da ospedali di piccole dimensioni e se si considera che in Piemonte il tasso di ospedalizzazione e' pari a 112 ricoveri su 1000 abitanti, ne consegue che una razionalizzazione del setting di ricovero sia auspicabile anzi da perseguire.

MOBILITA' INTERREGIONALE DEI PAZIENTI:

L'ANPCI chiede Per abbattere la mobilità interregionale sono necessari interventi come:

- ottimizzazione della rete dei punti nascita;
- concentrare i ricoveri nelle strutture con maggiori competenze in merito alla patologia.

LISTE D'ATTESA

L' ANPCI si allinea a quanto proposto dalla Regione riguardo:

- TRASPARENZA
- TEMPESTIVITA'
- INDIVIDUAZIONE DI PRIORITA' ED URGENZE

L'ANPCI ribadisce la necessita soprattutto per i piccoli comuni della:

- Ottimizzazione dell'assistenza primaria territoriale attraverso le Case di comunità, gli Ospedali di comunità e le Centrali Operative Territoriali (c.d. COT) e gli infermieri di famiglia e di comunità.
- Potenziar i servizi delle persone con disabilità, anziani e non autosufficienti.
- Assistenza ai minori e alle famiglie in difficoltà.
- Ottimizzazione dei punti nascita.
- Progetto DAMA (Disable Advanced Medical Assistance) per l'accesso facilitato ai percorsi socio sanitari per le persone disabili psichiche.
- Rafforzamento delle CURE DOMICILARI e degli HOSPICE.
- Attenzione dei disturbi alimentari e nutrizionali.
- Potenziamento dell'oncologia di prossimità con ambulatori dedicati e collegati ai centri HUB della rete oncologica.

- Potenziamento della rete pediatrica per i c.d. BISOGNI SEMPLICI.
- Attenzione al problema degli anziani non autosufficienti (ca. 255 mila) attualmente il 12% in RSA ed 82 mila assistiti da Care Giver.
- Potenziamento dell'ADA (assistenza domiciliare avanzata).

A proposito di INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA l'ANPCI sottolinea la necessità di:

- Istituire i percorsi condivisi tra ASL Comuni e Servizi Sociali.
- Collaborazione ancor più ampia con gli ETS
- A riguardo della Governance, l'ANPCI sottolinea la necessità di :
- Maggior coordinamento tra le Regioni Asl e Comuni.
- Creazione di Osservatori sanitari comunali (vedi Mondovì).
- Contributi economici a favore delle famiglie con minori affetti da patologie onco ematologiche.

SINTESI E CONCLUSIONI:

L'ANPCI condividendo quanto già proposto dal PNRSS ma soprattutto sottolineando:

- Miglioramento dei rapporti tra ASL e Territorio (Direttore Socio Sanitario).
- Equilibrare l'assistenza tra Ospedale e Territorio.
- Cure palliative.
- Potenziamento dell'ADI (assistenza domiciliare integrata).
- COT- Ospedali di Comunità -Case d Comunità.
- Trasporti (Corpo logistico).
- Prevenzione.
- Collaborazione con gli ETS.
- Attenzione a esigenze ed attività dei MMG e dei PLS.
- Attenzione ai disabili.
- Infermiere di famiglia e di comunità.
- Annullamento/Riduzione delle Liste d'attesa.

Addì 5 novembre 2025

La presidente
Franca Biglio

Arrivo: AOO CR, N. Prot. 00023584 del 06/11/2025

1.v, 13.v, 6.v, 30/2025A/CR.fra, CR.arm, 4.nd



CITTA' DI TORINO

*La Vicesindaca
Lavoro e Attività Produttive, Personale, Patrimonio*

Al Presidente del Consiglio Autonomie Locali
Mauro Barisone
e.mail: cal@cr.piemonte.it

Oggetto: Osservazioni Comune di Torino in merito al PDCR n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030"

Gentile Presidente,

sentiti gli Uffici in ordine della richiesta di osservazioni su PDCR n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030", si invia il parere reso sul Piano Socio Sanitario Regionale della Conferenza socio sanitaria dei Presidenti di Circoscrizione della Città di Torino nella seduta del 14 ottobre u.s.

Michela Favaro

PARERE DELLE CONFERENZA SOCIO SANITARIA DEI PRESIDENTI DI CIRCOSCRIZIONE DELLA CITTA' DI TORINO SUL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2025-2030, DI CUI ALLA DGR 1-1449/2025/XII DEL 29 LUGLIO 2025

La conferenza socio sanitaria dei Presidenti di Circoscrizione, all'esito di un percorso di confronto e approfondimento avviato nella seduta del 15 luglio 2025, proseguito con l'ascolto degli Ordini professionali e delle organizzazioni sindacali confederali e di categoria nella seduta del 9 settembre 2025 e nell'ulteriore seduta del 7 ottobre 2025, ha reso il seguente parere sul Piano socio sanitario regionale nella seduta del 14 ottobre 2025.

In termini generali, sono condivise le finalità generali del documento ed è apprezzabile lo sforzo di ascolto dei territori e delle rappresentanze, ma il Piano appare carente degli elementi fondamentali previsti dall'art. 12 c. 1 della Legge regionale n. 18/2007, che peraltro caratterizzano i documenti programmatici, vale a dire una indicazione degli obiettivi specifici, delle risorse economiche e umane necessarie a perseguirli e di indicatori funzionali a misurarne il raggiungimento.

Si formulano inoltre le seguenti osservazioni specifiche e proposte di integrazione e approfondimento:

1. Da dove partiamo: peculiarità e criticità del Piemonte

Il Piemonte fa rilevare peculiarità e criticità che vanno superate al fine di garantire una miglior salute alla sua popolazione. Il PSSR approvato dalla Giunta regionale non sembra coglierle. Di seguito le principali:

- a) I dati per la salute: La conoscenza del profilo epidemiologico della popolazione assistita e degli indicatori riferiti a bisogni ed esiti di salute rappresenta il presupposto per una corretta programmazione sanitaria. Ma avere i dati (pseudonomizzati) per bisogni e patologie, utili per analizzare la realtà regionale, è diventato sempre più difficile per i ricercatori che svolgono il lavoro di analisi. Ciò impedisce di utilizzare le competenze e le consolidate esperienze presenti in regione (ad es. da parte di CPO - Centro di riferimento regionale per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica, SEPI - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia e altre strutture), che per anni hanno fornito analisi epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione piemontese, sui bisogni di assistenza e sull'erogazione delle prestazioni, valutandone la qualità, l'equità e l'appropriatezza.

I temi relativi alla salute dei piemontesi, peraltro, sono trattati velocemente nel PSSR; in particolare è poco problematizzato e contestualizzato al Piemonte il tema della cronicità.

Sul tema, poi, il paragrafo 9.4 del Piano parla di creare un Osservatorio per la Salute, proprio in una Regione nella quale il SEPI produce da decenni studi sul tema, diffusi a livello nazionale e internazionale.

Le attività per la definizione dei profili di salute con la partecipazione delle comunità, gli studi epidemiologici e le analisi statistiche esistenti devono essere utilizzati in modo esplicito e finalizzato a sostenere adeguate scelte programmatiche.

- b) Le risorse finanziarie: La Giunta regionale, nella Deliberazione del 17 febbraio 2025, n. 26-801 "Approvazione della programmazione regionale per l'adozione dei programmi aziendali di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio sanitario regionale. Riparto delle risorse del fondo sanitario 2025-2027 e assegnazione degli obiettivi economico-finanziari agli Enti del SSR", ha definito la programmazione delle risorse finanziarie del Servizio Sanitario Regionale per il prossimo triennio, fornendo indicazioni tecniche e operative.

Il PSSR parla solo di limiti alla spesa sanitaria e non prevede risorse aggiuntive per la sua applicazione. Fare chiarezza sui finanziamenti disponibili e determinare le priorità di spesa rappresenta il presupposto per qualunque scelta di programmazione (es. costruire nuovi ospedali, ampliare le risposte per i servizi territoriali socio sanitari, curare i malati anziani non autosufficienti, ecc.).

In particolare pare necessario conoscere, a fronte delle dichiarate difficoltà finanziarie, quali importanti oneri futuri nei bilanci delle Aziende comportano i molteplici investimenti previsti per la rete ospedaliera, per evitare che siano disattese le importanti necessità di spesa per l'assistenza di persone non autosufficienti ed anziane sia a livello territoriale che nelle strutture residenziali e semiresidenziali nonché le altre priorità di seguito indicate.

2. Le risorse umane su cui puntare: Piano di formazione e di assunzione straordinaria per il personale sanitario e socio sanitario

La crisi del personale sanitario e socio sanitario, nella nostra Regione, in Italia e in Europa (Cfr. Documenti OECD), è dovuta in particolare al crescente divario tra disponibilità di operatori e aumento della domanda di servizi sanitari: ciò determina un logoramento del personale, dovuto ad alti tassi di burnout. Le principali azioni volte a superare il problema, indicate dall'OMS nel Rapporto 2022 "Health and Care Workforce in Europe: Time to Act", da mettere in atto nella nostra Regione, riguardano la garanzia di una giusta remunerazione, la protezione dalla violenza,

Partenza: AOO 040, N. Prot. 00009324 del 06/11/2025

14.v. 2/2025A/040.fra, 040.arm, 432.nd, 1.a

l'aumento dell'attenzione alle aree interne scarsamente servite, la disponibilità di dati sul personale sanitario. Ma soprattutto risultano incisive iniziative di formazione rivolte a:

- a) Infermieri (tra cui Infermieri di Famiglia e di Comunità), che includano anche il sostegno economico agli studenti per il miglioramento dell'attrattività dei corsi di laurea in infermieristica, attraverso l'istituzione di un assegno di studio per tutti coloro che li frequentano e sostegno alla sostenibilità abitativa per gli infermieri che scelgono di lavorare nella sanità pubblica della Regione (per i primi 5 anni), individuando unità abitative a prezzo calmierato. È possibile fare riferimento a specifici fondi europei o fondazioni (si vedano a questo proposito le esperienze di altre Regioni).
- b) Medici di discipline specialistiche meno "attrattive" quali Medicina di Urgenza, Medicina Interna, Radioterapia, Anatomia Patologica, Igiene e Medicina Preventiva, Medicina generale, Neuropsichiatria infantile, ecc. per i quali occorre predisporre adeguati incentivi economici e professionali utilizzando risorse aggiuntive e particolari attenzioni sul piano organizzativo all'interno delle attività dei Servizi.
- c) Analisi puntuale dei fabbisogni prevedibili delle varie professioni sanitarie e organizzazione con le Università dei corsi di laurea necessari, prevedendo anche i relativi posti di lavoro nelle varie Aziende Sanitarie (Es. attivazione dei corsi per Assistente Sanitario presso le Università del Piemonte).
- d) Corsi per OSS e assistenti famigliari che poi possano essere assunti per le attività sanitarie e socio sanitarie.

3. I Servizi territoriali di prossimità: un investimento per la salute

Circa i servizi da erogare ai cittadini, è opportuno sviluppare i Servizi territoriali di prossimità, con i necessari investimenti di risorse, per rispondere ai bisogni di cronicità della popolazione e per evitare il sovraffollamento dei DEA e dell'area medica nelle strutture ospedaliere, favorire l'appropriatezza dei ricoveri e l'efficienza degli ospedali. Tutto questo salvaguardando la centralità di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, incentivando la loro integrazione all'interno delle Case della Comunità. Di seguito alcuni snodi critici dei servizi territoriali di prossimità.

- a) Case della Comunità: Occorre realizzare gli investimenti nelle Case della Comunità, prevedendo con chiarezza la loro missione e la loro organizzazione e le risorse umane necessarie per il loro funzionamento: in special modo i Punti Unici di Accesso (PUA), le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFEC) e i modelli più adeguati di continuità assistenziale. Da una recente Indagine AGENAS, l'attuazione delle Case della Comunità con almeno uno dei Servizi previsti dal DM 77 del 2022 non risulta procedere in Piemonte con celerità uguale alle altre Regioni medio grandi del Centro Nord (31 attivate sulle 96 programmate, il 32 %, a fronte del 70% in Lombardia, 80 % in Emilia e 44 % in Toscana).
- b) Coinvolgere i territori nelle decisioni sulle nuove Case e sugli Ospedali della Comunità: per le Case della Comunità il DM 77/2022 prevede il rafforzamento del SSN anche "attraverso la valorizzazione della coprogettazione con gli utenti", promuovendo la partecipazione delle risorse della comunità e coinvolgendo gli attori locali (Aziende Sanitarie, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore). Al fine di declinare operativamente tali indicazioni, AGENAS ha diffuso, nel 2023, un Documento di Indirizzo contenente un modello di riferimento che, attraverso una sequenza di passaggi – Iniziative di Informazione, Consultazione, Partecipazione Attiva, Empowerment - stimoli le attività volte a coinvolgere i portatori di interesse locali. Tale Documento può rappresentare un utile supporto alle realtà regionali.
- c) La nascita delle nuove Case della comunità, che porterà a nuove aggregazioni multiprofessionali in contesti rinnovati sul piano strutturale, viene salutata con favore. È altresì comprensibile che i nuovi investimenti portino alla riduzione della spesa destinata alla locazione passiva di immobili. D'altra parte, è importante che questi processi vengano temperati con la necessità di salvaguardare la capillarità e la prossimità dei servizi di base: ad esempio, è necessario che nei quartieri di Borgo Vittoria e San Donato a Torino siano mantenuti almeno alcuni presidi (es. centro prelievi e ambulatori infermieristici), d'intesa con i territori coinvolti, peraltro coerenti col modello delle Case della comunità *spoke* previsto dal DM 77/2022.
- d) Dipartimento socio sanitario e socio assistenziale: non può essere un titolo ma va concordato con gli Enti Gestori dei Servizi Sociali. E' inoltre da evitare il rischio di indebolire la funzione del Distretto sanitario o di duplicarne i compiti, nonché quella degli Ambiti territoriali sociali. È necessario dare priorità alla facilitazione e al sostegno dei rapporti di collaborazione e convenzionali tra comparto sanitario e sociale.
- e) Nel territorio occorre esplicitare il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione. Il PSSR non menziona in modo chiaro attività di rilievo oggetto del lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL piemontesi, quali Sorveglianza e tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro, Sicurezza alimentare, Salute animale, Servizi di Igiene Pubblica, di forte peso in Piemonte.

Adeguate attenzione devono ricevere le politiche di promozione della salute collettiva e individuale, in un rapporto di collaborazione tra sanità, istruzione e attività di comunità, in particolare rispetto agli stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, ecc.) e per le fasce fragili di popolazione, sulla base dei profili di salute.

Nel quadro della prevenzione, manca una adeguata tematizzazione del cambiamento climatico e del suo impatto sulla salute, specie delle fasce più fragili della popolazione.

- f) E' opportuno lavorare per percorsi di cura e mantenere le reti esistenti: il PSSR non valorizza a sufficienza reti importanti in Piemonte che funzionano da decenni, quali la Rete endocrino-diabetologica o la rete oncologica. Bisognerebbe apprendere da quel che è stato fatto in Piemonte: l'efficienza e la qualità delle reti è determinante anche per il contenimento delle liste di attesa.
- g) Maggiore rilievo deve essere dato alla medicina di genere. Adeguata attenzione devono ricevere la prevenzione e il contrasto della violenza di genere e l'assistenza delle vittime in relazione agli esiti post-traumatici.

4. Le peculiarità delle aree urbane

Occorre dare maggiore rilevanza ai problemi di: persone con problemi di salute mentale, persone con problemi di dipendenza patologica, persone con disabilità, anziani malati non autosufficienti, adolescenti e giovani adulti, donne vittime di violenza, persone fragili (anche in relazione alle conseguenze dei cambiamenti climatici), persone migranti, persone che vivono in condizioni di marginalità estrema. Tali problematiche assumono una particolare rilevanza nei contesti urbani più popolosi, che da un lato sono più attrattivi anche per i maggiori servizi disponibili, e dall'altro sono caratterizzati da una marcata fragilità delle reti parentali e di vicinato di sostegno. Le peculiarità delle grandi aree urbane devono dunque essere riconosciute e adeguatamente sostenute anche sul piano finanziario, come anche quelle delle aree territoriali ad alto tasso di dispersione abitativa.

5. Lungoassistenza e sostegno ai caregiver

È necessario rafforzare:

- a) l'assistenza domiciliare socio sanitaria, attraverso: 1) la piena attuazione dei LEA del 2017, in particolare dell'articolo 21 c.4, che privilegia gli interventi che sostengono la permanenza della persona al domicilio attraverso, tra gli altri strumenti, "l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali"; 2) la piena applicazione della legge regionale n. 10/2010, che prevede – tra le prestazioni erogabili – servizi congiuntamente resi da aziende sanitarie ed enti gestori delle funzioni socio assistenziali, titoli per l'acquisto di servizi, contributi ai familiari e rimborsi per affidatari e volontari e il riconoscimento e la formazione della figura dell'assistente familiare e la promozione dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro; 3) la promozione in questo ambito del budget di salute, per la piena integrazione di tutte le risorse sanitarie e sociali finalizzate alla cura della persona non autosufficiente, nell'ottica della personalizzazione e della flessibilità degli interventi;
- b) l'assistenza diurna (la semiresidenzialità in Piemonte è molto ridotta: 1,3 posti in centri diurni per 1.000 anziani > 75 a fronte degli 11,5 della Lombardia nel 2023)
- c) l'assistenza residenziale (riqualificando le RSA, aumentare i posti letto convenzionati, insieme all'individuazione di soluzioni di abitare assistito).

L'attività di lungoassistenza consente di garantire l'equilibrio anche finanziario del servizio sanitario, evitando accessi e ricoveri ospedalieri impropri e costosi. Come evidenziato anche da uno studio del 2021 sul sistema di lungoassistenza domiciliare socio sanitaria della Città e della ASL Città di Torino, il sostegno alla domiciliarità attraverso interventi sociosanitari di Lungoassistenza domiciliare, oltre a migliorare verosimilmente la qualità di vita degli anziani che ne usufruiscono e a garantire un sistema improntato all'appropriatezza e alla complementarità con i ricoveri in RSA, sembra efficace anche nel prevenire ricoveri ospedalieri per quadri patologici cronici nei soggetti ultrasessantacinquenni. Inoltre, qualora il ricovero ospedaliero si renda necessario, riduce il bisogno di attivare interventi di continuità assistenziale alla dimissione, con una verosimile riduzione dei tempi stessi di ricovero. La riduzione dei ricoveri, stimata tra il 29 e il 39% degli anziani ultrasessantacinquenni in lungoassistenza, consente un risparmio stimato tra € 1.093.632 e 1.760.000 per il Servizio Sanitario Nazionale.

6. Inclusione e autodeterminazione delle persone con disabilità

È necessario garantire la piena inclusione delle persone con disabilità, mediante il riconoscimento della loro autodeterminazione e la conseguente attivazione dei progetti individuali, personalizzati e partecipati sostenuti dal budget di salute, ai sensi del D.lgs. n. 62/2024. L'attuazione della riforma dovrà seguire un cronoprogramma e un piano finanziario dettagliati.

Si rende necessario aprire un tavolo per l'aggiornamento dei modelli di intervento, in relazione ai fabbisogni, alle figure professionali coinvolte e agli elementi di sostenibilità.

Le risorse abitative del PNRR Missione 5 attivate dagli Ambiti territoriali sociali potranno costituire una occasione per sostenere l'autonomia delle persone.

7. La salute inizia dalla salute mentale

- a) Il disagio mentale, in particolare nei paesi occidentali, ha assunto forte rilevanza. I sistemi di Salute mentale vivono oggi una situazione di difficoltà a causa della debolezza strutturale dei Servizi territoriali: difficilmente gli utenti possono essere seguiti nei loro luoghi di vita, e ciò aumenta il rischio di abbandono o di istituzionalizzazione in strutture che si occupano prevalentemente dei sintomi e della patologia, senza un vero pensiero progettuale. Il rafforzamento delle attività domiciliari e degli interventi a ciclo diurno (semiresidenziali) dovrà essere volto a ridurre il ricorso alle residenze come unico luogo di cura, garantendo che ogni paziente con diagnosi di disturbo psichiatrico riceva un progetto personalizzato con obiettivi verificabili e interventi *evidence-based*, orientati alla *recovery*. Maggiore attenzione deve essere riservata nel Piano alla Neuropsichiatria infantile, al disagio di adolescenti e giovani adulti e alla cura dei disturbi del comportamento alimentare e dei fenomeni di ritiro sociale.
- b) Riformare la DGR 84/2021 sulla residenzialità psichiatrica: la norma della DGR che rivedeva le regole in materia di compartecipazione alla spesa da parte di famiglie ed enti locali sul territorio regionale per le strutture SRP 3.2 e 3.3 si è rivelata di difficile applicazione. Al fine di garantire l'unità dei percorsi terapeutici in chiave multidisciplinare, è importante che la titolarità dei progetti resti in capo alle Aziende sanitarie, pur nella necessaria collaborazione con gli enti locali, in particolare per i percorsi di inclusione lavorativa e abitativa. Uno strumento ormai consolidato a livello nazionale è il budget di salute.
- c) È necessario aprire un tavolo per l'aggiornamento dei modelli di intervento, in relazione ai fabbisogni, alle figure professionali coinvolte e agli elementi di sostenibilità.

8. Interventi di materia di consumi di sostanze e dipendenze

È necessario che venga sviluppata e sostenuta l'ampia gamma di azioni e interventi in materia, dalla prevenzione al rafforzamento di servizi di bassa soglia e comunità capillarmente presenti nel territorio, con particolare attenzione per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi.

9. La tutela materno-infantile

Forti riserve vengono espresse sul Fondo Vita nascente, sulla legge Allontanamento Zero e sulla Misura Vesta, dal forte connotato ideologico.

- a) Il supporto alla genitorialità è un tema reale: occorre usare le risorse per sviluppare la capacità dei servizi pubblici di rispondere tempestivamente ai bisogni urgenti. In particolare, i consultori familiari devono garantire un servizio adeguato in termini di distribuzione territoriale, orari di apertura e personale. Nel territorio di Torino il numero dei consultori attualmente attivi garantisce una copertura ben al di sotto degli standard di legge (1 ogni 20.000 abitanti) e inferiore alla media nazionale (1/32.325 secondo l'Istituto superiore di sanità, 2022). Inoltre, sempre secondo l'Istituto superiore di sanità, decisamente inferiori allo standard e alla media nazionale risultano le disponibilità delle figure professionali in ambito ginecologico, ostetrico, psicologico e di assistenza sociale. È necessario altresì potenziare, nell'ambito dei consultori familiari e pediatrici, le attività a supporto delle famiglie nei periodi prima e dopo il parto, anche in collaborazione con servizi non sanitari come le biblioteche. Si auspica infine che i consultori rivolgano un'attenzione specifica alla salute sessuale della popolazione giovanile e delle donne in menopausa, nonché alle aree che presentano indicatori di più marcata fragilità sociale ed economica.
Al contrario, il Fondo Vita nascente è basato sull'esternalizzazione dei servizi ad associazioni, con erogazione di denaro e senza una presa in carico strutturata e collegata ai servizi che favorisca l'autodeterminazione delle donne.
- b) Anche la legge regionale Allontanamento zero è stata accompagnata da un dibattito molto connotato ideologicamente, che ha contribuito alla delegittimazione del ruolo del servizio sociale professionale e di istituti preziosi di solidarietà sociale come l'affidamento familiare.
- c) Infine, la Misura Vesta si configura come ulteriore bonus che affronta in modo non strutturale la domanda di assistenza delle famiglie. La modalità del "click day" si è rivelata particolarmente iniqua, con il rapido esaurimento della coda dello sportello digitale e delle risorse disponibili entro pochi minuti dall'apertura. Questa modalità ha tra l'altro premiato le famiglie più capaci di utilizzare gli strumenti digitali, penalizzando quelle meno alfabetizzate e, dunque, verosimilmente più fragili. Tra queste, molte famiglie straniere: come riportato dall'Assessorato regionale al welfare, il 90% delle domande accolte sono di residenti con cittadinanza italiana, l'8% con cittadinanza europea e solo il 2% di stranieri extracomunitari. Secondo i dati ISTAT, nel 2023 in Italia l'incidenza della povertà assoluta era del 30,4% per le famiglie con almeno uno straniero, del 35,1% per quelle composte esclusivamente da stranieri, contro il 6,3% delle famiglie di soli italiani.

10. Appropriatelyzza nell'erogazione delle prestazioni e tempi di attesa

Va segnalata la grande disomogeneità delle prescrizioni e relative erogazioni di prestazioni ambulatoriali nelle aziende, che variano da circa 4.200 prescrizioni per 1.000 abitanti nella città di Torino alle 2.700 nell'ASL di Biella, senza che vi siano evidenze epidemiologiche od organizzative che le possano giustificare. Invece l'erogato dal SSN varia in valori assoluti da 2.200 a 1.500 (i valori sono stimati sommando visite e diagnostica come si evince dal documento di SDA Bocconi per il 2022). Si può supporre che tali differenze possano essere motivate o da un eccesso di offerta (dove vi è un numero elevato di prescrizioni), ma anche da differenti criteri di appropriatezza prescrittiva. Si può stimare facilmente che ogni anno nella sola Torino circa 160.000 tra visite e procedure diagnostiche prescritte dai medici non vengano assorbite dal servizio pubblico e privato accreditato, e che molti cittadini debbano sostenere la spesa integrale presso le strutture e i professionisti in regime privato o rinunciare alle cure. Tale dato si affianca alle stime che indicherebbero in circa 400.000 i cittadini piemontesi che hanno rinunciato alle cure.

Occorrerebbe quindi indicare una strategia per aumentare l'appropriatezza degli interventi, sia di diagnostica che di ricovero, in relazione ai bisogni dei cittadini. Siccome per molte prestazioni sono presenti studi internazionali o esiti di buone pratiche sanitarie che danno precise indicazioni in proposito, è possibile dare indicazioni puntuali ai prescrittori e parallelamente attuare campagne di informazione e di formazione in particolare con i medici di famiglia e con gli specialisti nelle varie discipline.

11. Digitalizzazione – Fascicolo Sanitario Elettronico

IL FSE deve contenere le informazioni relative a tutte le attività: dei medici di famiglia, dei ricoveri ospedalieri e in generale del servizio Sanitario.

Di base gli stessi programmi informatici devono essere messi a disposizione di tutti gli operatori del Servizio Sanitario e per tutti i territori (Interoperabilità tra i diversi programmi).

12. Rinnovo della rete ospedaliera

Per i nuovi ospedali le proposte di rinnovo devono coinvolgere le comunità locali tenendo conto dei seguenti aspetti:

- a) La composizione per disciplina del numero di posti letto complessivo a livello regionale e la sua distribuzione per area
- b) Le soglie minime di attività che garantiscono sicurezza e appropriatezza per ogni disciplina
- c) L'analisi delle difficoltà emerse in alcuni presidi ospedalieri per specifiche discipline in base ai dati del Programma Nazionale Esiti di AGENAS già esistenti per valutare la possibilità dei necessari cambiamenti dell'attuale rete ospedaliera.
- d) I rapporti con le aree isolate per una corretta organizzazione delle reti tempo-dipendenti.

Quindi alla luce di tali valutazioni occorrerà definire le priorità di investimento tenendo conto in particolare della vetustà delle strutture e delle necessità di accorpamento o ricollocazione.

Per quanto riguarda gli investimenti nella rete ospedaliera cittadina, la costruzione del nuovo ospedale della zona Nord dovrà avvenire nel rispetto del protocollo d'intesa siglato da Regione Piemonte, Città di Torino e ASL Città di Torino nell'aprile 2023, riguardo in particolare al costante aggiornamento della Conferenza socio sanitaria cittadina, al rispetto dei limiti dell'area individuata, alle compensazioni al fine di mantenere il bilancio non negativo in termini di suolo consumato e alla riqualificazione delle strutture esistenti (presidio ospedaliero Maria Vittoria e presidio ospedaliero Amedeo di Savoia) preservandone la vocazione a servizi socio-sanitari.

Si esprimono forti riserve sulla creazione dell'azienda unica OIRM-S.Anna e sul relativo scorporo dall'AOU Città della Salute e della Scienza, per il timore che venga ostacolata la continuità e l'integrazione dei percorsi clinici, a fronte dell'aumento dei costi amministrativi che la nuova azienda produrrà.



IL PRESIDENTE

Gent.le Signor Presidente
Consiglio delle Autonomie Locali
Mauro Barisone
cal@cr.piemonte.it

OGGETTO: CAL - Richiesta osservazioni - PDCR n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030"

Gentile Presidente,

in relazione alle osservazioni inviate da questa Provincia e da allegare al parere espresso da codesto CAL in merito alla *"PDCR n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030"*, si demanda alla documentazione già condivisa dal CAL in data 3 novembre 2025 agli Enti e Associazioni del territorio, agli Assessori Regionali Enrico Bussalino, Federico Riboldi e Maurizio Marrone, alla IV Commissione del Consiglio Regionale del Piemonte (Presidente Luigi Icardi, Vicepresidenti Daniele Valle e Davide Zappalà), nel dettaglio:

- Ordine del Giorno approvato all'unanimità dal Consiglio Provinciale con deliberazione n. 65 del 15 settembre 2025 "Condivisione e sostegno del documento redatto dai Presidenti delle Rappresentanze e delle Conferenze dei sindaci delle Asl CN1, CN2 e dell'ASO Cuneo";
- Verbale della riunione congiunta delle Rappresentanze delle Conferenze dei Sindaci dei Comuni costituenti l'Azienda Sanitaria Locale CN1 e l'Azienda Sanitaria Locale CN2 del 1° settembre 2025;
- Documento "Riflessioni raccolte nell'ambito della convocazione congiunta della Rappresentanza dei Sindaci delle ASL CN1 E CN2 – 1° settembre 2025 presso la Provincia di Cuneo" fornito dagli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali;
- Verbale di Deliberazione del Consiglio Comunale di Cuneo n. 52 del 24/06/2025 ad oggetto "Ordine del Giorno in merito a "Proposte ed azioni preliminari per il Piano Socio Sanitario della Regione Piemonte" presentato dai Consiglieri Comunali dei Gruppi "Cuneo Solidale Democratica", "Cuneo Civica", "Centro per Cuneo Lista Civica", "Partito Democratico" e "Gruppo Misto di Maggioranza"";
- Documenti e osservazioni fornite dai Comuni di Alto, Caraglio e Revello.

Per comodità, pur richiamando tutti gli aspetti evidenziati nei documenti sopra citati, si riassumono di seguito alcuni dei punti principali segnalati dagli Amministratori del territorio:

- richiesta garanzie per Enti Gestori: garantire trasferimenti e funzionalità;
- osservazioni e perplessità in merito alla gestione e all'eventuale chiusura dei DEA o dei Pronto Soccorso;
- con riferimento al P.S.S. deliberato il 29 luglio c.a. con DGR 1-1449/2025 la necessità di comprendere la nuova figura di "Direttore Socio Sanitario", che si affianca al Direttore Generale, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo, che dovrebbe rappresentare

un collegamento tra le Autonomie locali e gli Enti sanitari e dovrebbe essere un riferimento per la gestione di aspetti operativi e concreti con il quale le Amministrazioni possano confrontarsi per rispondere alle esigenze territoriali;

- osservazioni e perplessità sulla prosecuzione dei progetti finanziati dal PNRR concernenti gli Ospedali di Comunità, le Case di Comunità e le Centrali Operative Territoriali (COT) e la necessità di chiarimenti riguardo le risorse umane da destinare a tali strutture;
- preoccupazione in merito alla sostenibilità economica degli elementi contenuti nel Piano e alle possibili ricadute sui bilanci comunali;
- definizione delle priorità previste nel Piano affinché si definisca l'aspetto strategico da affrontare, al fine di rispondere innanzitutto ai bisogni più diffusi della popolazione, con particolare attenzione ai servizi per gli anziani, alla gestione delle cronicità e al sostegno delle nuove generazioni.

Un caro saluto

Luca RORAI DO



Osservazioni Uncem

Unione nazionale Comuni Comunità Enti montani

al PIANO SOCIO SANITARIO 2025 – 2030

LA VISIONE PER IL SISTEMA SALUTE DEL PIEMONTE

20 ottobre 2025

Uncem, nel quadro del miglioramento e della riorganizzazione dei servizi alla collettività nelle aree alpine e appenniniche, ha contribuito negli ultimi anni alle politiche regionali e nazionali con proposte e istanze volte alla ridefinizione anche delle opportunità sanitarie (e socio-assistenziali) nelle valli alpine e appenniniche.

L'analisi e la proposta – da ogni soggetto istituzionale e associativo - sono particolarmente preziose oggi in una fase di nuova attenzione per la “medicina territoriale” imposta dall'emergenza sanitaria. Una nuova attenzione per i territori è necessaria.

Un “territorialismo” che sappia avere strategie chiare, identificare bisogni e opportunità sulla base di istanze territoriali inserite in un governo della sanità ampio, focalizzato però su una zonizzazione dei bisogni. Piccoli Comuni, territori alpini e appenninici hanno necessità diverse e bisogni organizzativi differenti rispetto alle aree urbane e alle zone metropolitane.

Ce lo insegna, al netto di ogni retorica, la pandemia.

Le aree montane in Piemonte come in Italia hanno risposto in modo diverso rispetto alle aree urbane all'emergenza covid-19.

Il superamento della carenza di medici di base e pediatri, nonché la loro presenza nelle alte valli e nei piccoli Comuni, è la prima esigenza per garantire adeguati servizi e corretti “diritti di cittadinanza”.

Piano delle cronicità, infermieri di comunità, farmacie dei servizi, elisoccorso per il volo notturno verso elisuperfici adeguate nei Comuni montani, Case della salute, servizi dell'Agenda digitale, trasporti “a chiamata” verso studi medici e centri polifunzionali sono punti chiave di una riorganizzazione del sistema nelle zone alpine e appenniniche piemontesi. Così come sono urgenti la revisione degli ambiti dove scegliere il medico di base e i nuovi servizi digitalizzati, telemedicina e teleassistenza.

Importantissimo è stabilire quali e quante risorse. Ma anche chi fa che cosa. Case della Salute e ospedali di comunità rischiano di drenare risorse e togliere ambulatori medici o servizi dagli ospedali?



Uncem pone nelle domande. Ad esempio una importante: cosa mettiamo nei “piccoli ospedali”? Cosa diventano?

Altra importante domanda: quale spazio hanno i servizi sanitari privati in convenzione?

La sanità pubblica del servizio sanitario statale è preziosa e va difesa fino in fondo. È decisiva per valorizzare aree montane e comunità dei territori.

La sanità pubblica prima di tutto.

Ospedali territoriali per una sanità territoriale.

E poi, secondo Uncem, una parola chiave. Semplicità nell'accesso ai servizi. Che non vuol dire meno burocrazia. Vuol dire che, costruendoli con Assessorato alla Sanità e, in primis con CSI, i portali per prenotazioni e gestioni delle visite sono facili e veloci. Non fanno perdere tempo.

Vuol dire che le ASL hanno tutti gli stessi sistemi informativi – gestiti da CSI e non da dieci fornitori – e abbassano i costi di gestione.

Ma soprattutto rendiamo semplice l'accesso a servizi complessi per i cittadini.

Oggi orientarsi in caso di patologie croniche è difficilissimo.

Le famiglie di persone con patologie come demenze e altri stati complessi della vita, faticano troppo a orientarsi tra sanità e assistenza. Le badanti e le assistenze domiciliari hanno grandi costi. E così le strutture per anziani e terza età. Sono troppo onerose e respingono persone non abbienti. A loro deve pensare la Politica regionale e un Piano socio-sanitario.

Dare certezze a tutti. Sanità e assistenza che interpretino i territori e le fasce più deboli, dotate di meno risorse, più esposte a rischi. Pensiamo a loro. Vinciamo sperequazioni e disuguaglianze.

Sanità e Assistenza vanno insieme: definendo efficacemente la presa in carico, ma con una chiara attenzione. La persona al centro. La persona cuore di ogni nuovo Piano e iniziativa istituzionale. Agevolando la famiglia, le figure vicine alla persona che ha bisogno di *cura*.

Uncem è a fianco degli Enti locali, per agire con la Regione Piemonte e con il Ministero della Salute, affinché si riducano i divide fisici, organizzativi, gestionali che hanno effetto sulla qualità dei servizi ai cittadini.

Il Piano regionale deve avere una specificità territoriale per le aree montane.

Si ricorda qui l'articolo della legge sulla montagna, appena varata dal Parlamento, che risponde e investe a una delle esigenze storiche posta da Uncem:

*[...] Capo III
SERVIZI PUBBLICI*

*Art. 6.
(Sanità di montagna)*

1. Nella valutazione dei titoli di carriera ai fini della partecipazione alle procedure concorsuali presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, all'attività prestata dagli esercenti le professioni sanitarie e dagli operatori socio-sanitari presso strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche o private accreditate, ubicate nei comuni di cui all'articolo 2, comma 2, è attribuito, per ciascun anno di attività, un punteggio doppio. La medesima attività è



valorizzata nell'ambito dei contratti collettivi nazionali di settore per l'assunzione di incarichi nell'ambito delle aziende e degli enti medesimi. L'attività prestata dai medici nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui al primo periodo per almeno tre anni costituisce titolo preferenziale, a parità di condizioni, per gli incarichi di direttore sanitario.

2. Al fine di contenere l'impegno finanziario connesso al trasferimento in un comune montano di cui all'articolo 2, comma 2, a decorrere dall'anno 2025, a coloro che prestano servizio in strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali di montagna o effettuano il servizio di medico del ruolo unico di assistenza primaria, pediatra di libera scelta, specialista ambulatoriale interno, veterinario e altra professionalità sanitaria ambulatoriale convenzionata con il Servizio sanitario nazionale nell'ambito degli accordi collettivi nazionali, in uno dei comuni di cui all'articolo 2, comma 2, e prendono in locazione un immobile ad uso abitativo per fini di servizio nel medesimo comune o in un comune limitrofo è concesso annualmente, nei limiti delle risorse disponibili di cui al comma 6 del presente articolo, un contributo sotto forma di credito d'imposta in misura pari al minor importo tra il 60 per cento del canone annuo di locazione dell'immobile e l'ammontare di euro 2.500.

3. Il credito d'imposta di cui al comma 2 è concesso anche a coloro che, per i fini di servizio ivi indicati, acquistano nel medesimo comune o in un comune limitrofo un immobile ad uso abitativo con accensione di un finanziamento ipotecario o fondiario, comunque denominato, e spetta annualmente, a decorrere dall'anno 2025, nei limiti delle risorse disponibili di cui al comma 6, in misura pari al minor importo tra il 60 per cento dell'ammontare annuale del finanziamento e l'importo di euro 2.500.

4. Il credito d'imposta di cui ai commi 2 e 3 è riconosciuto in misura pari al minor importo tra il 75 per cento del canone annuo di locazione o dell'ammontare annuale del finanziamento e l'importo di euro 3.500, nei casi in cui nei territori dei comuni montani di cui all'articolo 2, comma 2, con popolazione non superiore a 5.000 abitanti, insista una delle minoranze linguistiche storiche di cui alla legge 15 dicembre 1999, n. 482, i cui appartenenti rappresentino almeno il 15 per cento dei residenti.

5. Ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni del lavoro svolto dal personale dirigente e non dirigente, dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale ubicati nei comuni di cui all'articolo 2, comma 2, nonché per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali operanti in tali comuni, nell'ambito dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro e accordi collettivi nazionali è prevista la definizione di un emolumento, di natura accessoria e variabile, da attribuire in ragione dell'effettiva presenza in servizio, nei limiti dell'importo annuo lordo complessivo di 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, come ripartito, tra ciascuno dei predetti contratti ed accordi, con decreto del Ministro della salute da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dei decreti di cui all'articolo 2, comma 2. Le regioni e le province autonome, nell'ambito delle proprie competenze, possono prevedere, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, particolari forme di incentivazione per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che decidono di mantenere in attività i propri studi ubicati nei comuni montani di cui all'articolo 2, comma 1.

6. Il credito d'imposta di cui ai commi 2, 3 e 4, utilizzabile nella dichiarazione dei redditi, è riconosciuto nel limite complessivo di 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025 e non è cumulabile con le detrazioni spettanti ai sensi dell'articolo 23 della presente legge e degli articoli 15, comma 1, lettera b), e 16 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917. Al relativo onere si provvede ai sensi dell'articolo 30 della presente legge.

7. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definiti i criteri, ivi inclusi quelli per l'individuazione dei comuni limitrofi, e le modalità di concessione del credito d'imposta di cui ai commi 2, 3 e 4, anche ai fini del rispetto del limite di spesa previsto, nonché le disposizioni relative ai controlli e al recupero del beneficio indebitamente fruito.

8. Ai fini del riconoscimento dell'indennità di cui al comma 5, primo periodo, è incrementato il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per un importo pari a 20 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. Al suddetto incremento si provvede ai sensi dell'articolo 30. [...]

La Regione Piemonte contribuisca ad attuare questo articolo con gli Ordini dei Medici e con i loro Sindacati. Serve uno scatto che dimostri la capacità di dare corpo a queste opportunità.



Uncem rammenta anche che con il Piano in elaborazione da parte della Regione, si deve – non solo dare continuità all’articolo della legge nazionale sulla montagna riportato – dare anche seguito al dispositivo della vigente legge sulla montagna del Piemonte, LR14/2019, che si riporta di seguito:

[...] Art. 7

(Individuazione dei livelli essenziali di servizi pubblici nelle aree montane)

1. La Giunta regionale entro centottanta giorni dalla pubblicazione della presente legge individua, previo parere della commissione consiliare competente, i livelli essenziali dei servizi pubblici nelle materie di competenza regionale, in particolare per quello che riguarda:

a) il presidio sanitario e socio-assistenziale delle aree montane;

b) i servizi per la persona e le famiglie;

c) istruzione e formazione;

d) l'organizzazione del trasporto pubblico locale;

e) la disponibilità di servizi internet a banda ultralarga. [...]

In sintesi, di seguito alcuni temi importanti secondo Uncem per il sistema di Enti locali montano, dei quali il nuovo Piano deve tenere conto:

1. Il Piano delle cronicità e le “Comunità di pratica”

Le dinamiche sociali delle valli alpine ci mostrano un aumento degli ultra65enni, con dati percentuali più alti rispetto ad altre zone d’Italia. Aumentano ovunque, ma in particolare in questa fascia di popolazione, le malattie croniche e le necessità di assistenza territoriale. Le valli hanno da trent’anni sviluppato un buon sistema di RSA che oggi va ulteriormente potenziato, rivitalizzato.

In questo quadro, possiamo dire che le aree montane anticipano cambiamenti sociali ed economici del Paese, dando da sempre risposte forti della loro capacità di innovazione.

Il “Piano delle cronicità” della Regione Piemonte, lanciato quindici anni fa, deve essere ripreso e avere uno specifico focus sulle aree interne e montane, provando a contemplare una riorganizzazione del sistema sanitario e socio-assistenziale sui territori. In questo stretto legame, rispetto alle cronicità, tra assistenza sanitaria e sociale, con i Consorzi gestori dei servizi socio-assistenziali e le Unioni montane di Comuni (nessun Comune “si salva” da solo, nessuna comunità può lavorare da sola) è fondamentale precisare chi fa che cosa e quali sono le risorse disponibili: chi prende in carico la persona (sempre al centro), chi la segue e con quali tempi, dove.

È importante ricordare che nelle sperimentazioni del Piano delle cronicità, siano state incluse tre Asl con grandi aree montane al loro interno: To3, Cn1, Vco, quattro “comunità di pratica”, che saranno composte da esperti e specialisti nelle discipline interessate, per elaborare e mettere a punto i modelli di cura che verranno poi utilizzati su tutto il territorio. Questi



strumenti vanno rilanciati e allargati ad altre aree, ad altri bacini territoriali omogenei del Piemonte.

2. Medici di medicina generale e pediatri nelle valli

Troppe aree montane – non solo nella parte alta delle valli – sono oggi sprovviste di medici di base. Ne mancano sempre di più. La situazione si complica di anno in anno anche con i pediatri. Non solo non vengono quasi effettuate visite a domicilio, ma vengono molto spesso ridotti fortemente gli orari di apertura degli studi medici nei paesi.

Su proposta di Uncem, è stato inserito nella legge nazionale 60-2019 (la conversione del DL Calabria, pubblicata in Gazzetta il 2 luglio) il comma 6 dell'articolo 12, che alla lettera b scrive che è possibile "prevedere modalità e forme d'incentivo per i medici inseriti nelle graduatorie affinché sia garantito il servizio nelle zone carenti di personale medico nonché specifiche misure alternative volte a compensare l'eventuale rinuncia agli incarichi assegnati". Questo comma è particolarmente importante. Deve essere attuato in tempi rapidi e il Piemonte può, deve essere la prima Regione a farlo.

Altresì va dato seguito, anche con interventi regionali, al dispositivo del ddl montagna già riportato in questo documento.

Riteniamo poi sia necessario spingere i medici ad attivare servizi di "prenotazione" delle visite presso gli ambulatori, tramite messaggi e specifiche app, al fine di ridurre i tempi di attesa e agevolare chi lavora e studia.

Uncem vuole insistere su alcuni altri aspetti, che devono essere elaborati.

a) Il medico di base dovrebbe avere un contratto di servizio come i medici ospedalieri. Essere un dipendente del servizio sanitario nazionale a tutti gli effetti, pagato bene a cui vengono affidati precisi obiettivi soggetti a verifiche e controlli non burocratici. Non un medico convenzionato con pochi o tanti mutui come adesso. In questo senso il medico di medicina generale svolge un ruolo eminente destinato ad essere sempre più valorizzato in una società nella quale i servizi alla persona acquistano sempre maggior rilievo. La Francia ha una organizzazione diversa dalla nostra, ma il medico di base in un Paese di 1000 abitanti guadagna 5.000 Euro netti e fa le sue 38 ore di lavoro settimanali ed pagato dal Comune che incassa i proventi dell'assistenza indiretta.

b) il medico è un dottore, ma fare il medico è un "mestiere" nel senso nobile del termine, comporta empatia, oltre che competenza. Il medico si rivolge al malato o in generale al cittadino non solo per fare la diagnosi di una malattia, per curarlo, per coordinare le cure dopo un trascorso ospedaliero, ma anche prendendosi cura in generale della sua salute, indirizzando i suoi stili di vita, l'ambiente, il cibo ecc. Un



compito delicatissimo! Il rapporto di lavoro “convenzionato” non dà tempo al medico per interloquire correttamente con il cittadino paziente.

Porta il medico, mal remunerato, a dedicare tempo anche alla libera professione o ad altre attività similari.

c) il medico deve godere di uno statuto, in generale non solo per i meriti particolari del singolo, di alto livello nella società proprio perché il suo compito è più complesso del medico ospedaliero specialista. Il medico di base oltre che tale è un operatore sociale perché il malessere se non la malattia vera e propria porta a un incontro delicato con il cittadino/persona.

b) La formazione diventa essenziale. Oltre alla formazione specifica della medicina generale il medico di base deve avere garantita ogni forma di ulteriore formazione anche obbligatoria. Faccio alcuni esempi: formazione digitale elevata; frequenza una o più volte all'anno, per tot ore, di reparti ospedalieri specifici ecc. Quindi formazione continua.

3. Case della Salute e l'Infermiere di comunità, modelli nuovi verso il futuro

Le "Case della salute" recentemente istituite sui territori (oltre 65 quelle attive finora) grazie al PNRR possono dare importanti risposte organizzative al problema della riduzione o dell'assenza di medici di base nei Comuni montani. È necessario verificare dove queste ancora mancano e come possono essere attivate. Occorre verificare come stanno funzionando, con quale personale medico, paramedico e amministrativo.

Ma attenzione: non devono portare verso il basso servizi, togliere ambulatori nei Comuni più in alto, concentrare opportunità verso il basso.

Case della salute e Ospedali di comunità devono funzionare ma non essere un salasso per la spesa sanitaria.

Serve chiarezza sul loro ruolo e sul loro impiego nella sanità territoriale.

Anche gli "infermieri di comunità" - figura nata in Val Maira grazie al progetto europeo Consenso e già sperimentata in altre aree montane piemontesi grazie alle Asl - sono novità importanti che possono seguire i pazienti cronici, unendo la sfera sanitaria a quella socio-assistenziale.

Le sperimentazioni sugli infermieri di comunità (pensiamo in particolare a quelle delle “aree interne” sperimentali) vanno estese e potenziate, coinvolgendo le Associazioni locali del terzo settore, capaci ad esempio di garantire servizi di trasporto e assistenza domiciliare. Rientrano come figure fondamentali nel “Piano delle cronicità”, sono opportune per generare forza e sviluppo ai territori, nuove competenze e nuovi mestieri, nuove opportunità per fasce di popolazione anziana che aumentano e saranno in crescita verso il 2030 e il 2050.



4. Digitalizzazione: telemedicina e teleassistenza

Con l'Agenda digitale regionale (e nazionale) devono arrivare in tempi rapidi nuovi servizi "a distanza". Già nel 2008, la Regione (tra le prime in Italia) aveva sperimentato la telemedicina in particolare nel VCO. Riteniamo utili questi progetti che vanno rafforzati. Esistono oggi dispositivi medicali a basso costo, individuali, che dialogano con i medici e il personale sanitario tramite semplici app scaricabili su qualsiasi smartphone.

Ecco alcuni servizi che riteniamo utili, nelle aree montane e non solo: effettuare un primo consulto medico specialistico con il paziente (per l'anamnesi), proporre terapie con ricette su carta intestata e firma digitale stampabile a casa o presso l'ufficio pubblico (municipio o Casa della salute) più vicino, prescrivere esami strumentali, fare analisi della voce, avviare l'archiviazione della cartella clinica.

L'*home clinic* è già una realtà importante in molte aree europee. Permette di monitorare un paziente (anziano e non) a distanza, anche con piccole telecamere e videochiamate, con una nuova semiotica medica e una "medicina a distanza" che può ridurre tempi di visita e di intervento, ma anche i costi per il sistema pubblico, evitando molto spesso la presa in carico dagli ospedali.

5. Il fascicolo sanitario elettronico

La Regione ha individuato molte risorse per avviare la gestione del Fascicolo sanitario elettronico. Chiediamo di accelerare i tempi, di arrivare celermente ad avere una comune piattaforma, non solo regionale ma nazionale. Sembra anomalo avere 20 fascicoli sanitari elettronici regionali e non un solo fascicolo nazionale, promosso dal Ministero della Salute, uguale per tutti i cittadini italiani.

Il fascicolo sanitario deve essere per tutti in tempi rapidissimi.

Si individui nel Piano l'impatto e il tempo di realizzazione del sistema.

CSI è in grado di fare molto lavoro sul Fascicolo unico piemontese.

Se vi è un Fascicolo sanitario unico per tutti e tutte, pagato dal sistema pubblico, si tolgano di mezzo le soluzioni speculative si soggetti terzi che vengono promossi e venduti sul mercato. Così, per non disorientare le comunità locali e i cittadini.

6. Servizi in emergenza 118 h24

In tutta la regione oggi sono oltre 150 le piattaforme per l'atterraggio notturno dell'elisoccorso 118. Va ricordato, che il Piemonte è stata la prima regione ad avere il volo notturno dell'elisoccorso, sin da febbraio 2006, prima delle Olimpiadi invernali. Airgreen acquistò infatti allora il primo Aw139 per il volo notturno. Una soluzione importantissima e lungimirante.



Registriamo la necessità di alcuni Comuni, di poter avere un contributo economico per la sistemazione di aree per atterraggio e decollo h24. La Regione si impegni a verificare l'attivazione di un bando di finanziamento per nuove aree di atterraggio (con premialità per i Comuni montani), passando in pochi anni da 150 a 300 elisuperfici adeguate per l'atterraggio notturno. Come più volte sottolineato, la disponibilità da parte dei Comuni di aree abilitate per il volo notturno, soprattutto in zone di montagna o in aree difficilmente raggiungibili per la loro collocazione geografica e i collegamenti viari, consente di avere una base utilizzabile per il soccorso rapido dei malati, contribuendo a salvare vite umane e a garantire cure più tempestive ed efficaci in caso di incidenti ed eventi avversi.

È particolarmente importante leggere affiancata la disponibilità di piattaforme per il volo notturno (più d'una in una valle), gli Infermieri di Comunità, le case della salute: un piano complessivo di azione per dare più servizi a chi vive sui territori e ai turisti. La percezione di sicurezza, per i turisti e per chi vive i territori tutto l'anno, è molto importante.

7. Farmacie dei servizi

È indispensabile il potenziamento della rete delle "Farmacie dei servizi" ovvero "Farmacia di comunità" (definite con l'emanazione del D.lgs. 153 del 2009), finanziate anche dal PNRR, con nuovi servizi per tutti i cittadini, compresi esami diagnostici, prenotazioni di visite, prevenzione, prelievo di sangue, in accordo con i medici di base. In questa direzione si muove l'accordo importantissimo Sunifar Federfarma (Farmacie rurali) e Uncem.

La farmacia è un presidio importantissimo sui territori. È un riferimento da sempre, presente in moltissimi Comuni, anche i più piccoli.

8. I servizi sanitari e la Strategia aree interne e per la Montagna

È decisivo configurare le iniziative di riorganizzazione dei servizi sanitari nelle valli alpine e appenniniche all'interno di un più complesso scenario che tenga conto della riorganizzazione anche di altri servizi pubblici, in primis trasporti, socio-assistenza e scuole. È l'approccio della Strategia nazionale per la Montagna e per le Aree interne – che Uncem ha chiesto venga resa stabile e strutturata con un PON nazionale, così da estenderla a tutti i territori montani – nella quale i servizi i base alle comunità e ai singoli cittadini vengono ridefiniti tenendo conto delle forti connessioni che esistono tra loro. Così, è impossibile non riorganizzare i servizi sanitari e socio assistenziali senza tenere conto delle reti di trasporto e della mobilità. È un approccio non nuovo, che oggi la Strategia nazionale aree interne aiuta a definire in modo più compiuto, anche guardando a quanto fatto in altre aree pilota nel Paese. Su molti territori, in molte valli alpine, ad esempio stanno nascendo progetti, anche finanziati dalla Regione Piemonte, per la costruzione di reti di "trasporto a chiamata" – unito a soluzioni miste di car pooling e car sharing. A oggi vi sono alcuni progetti attivi, come in Valsesia o nelle Valli di Lanzo, che sono indirizzati proprio verso gli ospedali di riferimento, in particolare per terza età e fasce deboli che possono "prenotare i viaggi" a un costo minimo di ogni corsa. Ogni territorio deve poi definire un proprio modello di intervento, specifico e territoriale.



9. Paesi montani per le cronicità e la qualità della vita

Uncem da dieci anni sta lavorando con grande determinazione sul recupero e sulla rivitalizzazione dei villaggi alpini e appenninici. Non solo restauro: nuove destinazioni d'uso, in accordo stretto tra Enti locali e privati.

Tra i progetti di rivitalizzazione arrivati e conosciuti, ve ne sono alcuni che puntano a trasformare interi borghi (dalle 5 alle 50 case) in strutture residenziali per terza età e malati cronici, puntando su ottima qualità della vita, buoni parametri ambientali, oltre a relax e continua assistenza. Si tratta di social housing, più simili ad alberghi diffusi, dove il fine non è lo svago (non solo), ma la cura, la condivisione del tempo, l'interazione anche (ove possibile) con le comunità locali.

Come si sta evolvendo il concetto di hotel, che sempre di più in montagna da tradizionale e centralizzato diventa "diffuso" nel paese, così crediamo si possa puntare su una o più "RA diffuse", case di cura nei borghi, RSA che non hanno un unico corpo, ma che si protraggono nelle case della borgata recuperata, con mini-alloggi e spazi comuni.

È un nuovo modello di social housing, molto importante per la popolazione sempre più anziana, che in un quadro complesso di crisi demografica e crisi climatica che si intrecciano, può rappresentare un modello di rivitalizzazione delle zone rurali.

10. Il futuro degli ospedali

Resta da fissare un punto. Cosa mettiamo negli ospedali più piccoli.

È strategico realizzare i nuovi ospedali previsti in Piemonte. Occorre trovare le risorse e dare dei tempi certi.

Tempi certi anche per la Città della Salute di Torino e per quella di Novara.

Ma parallelamente, il Piano regionale al 2030 deve essere più chiaro su cosa fare dei piccoli ospedali territoriali. Quali reparti, quali posti letto, quale personale (potenziandolo), quali opportunità e quali scelte. Su questo è importante vi sia maggiore efficacia elaborativa nel Piano in fase di stesura. Più dati e numeri, più informazioni per tutti.

In conclusione

I cittadini hanno diritto ad una eguaglianza "reale" nei territori montani come altrove, così come i medici di base non devono rientrare nella concorrenza e nella competitività. I servizi sono produttivi se ben fatti. Non sono "prodotti", soprattutto quelli medici. Un medico di base – torniamo al vero



nodo, più sentito dai cittadini - non può visitare trecento pazienti al giorno così non può un parrucchiere fare trecento barbe e capelli.

Daniel Cohen, purtroppo mancato pochi mesi or sono, ha ampiamente descritto il problema: la produttività può, grazie alle nuove tecnologie, aumentare enormemente nelle fabbriche e creare risorse per cofinanziare i servizi che sono il cuore della qualità della vita.

Uncem insiste. I Medici di Medicina Generale devono essere inseriti in team multidisciplinare per prendere in carico i bisogni di salute delle comunità, interfacciandosi con altri medici specialistici e gli infermieri di famiglia e di comunità.

La Regione Piemonte deve incentivare l'organizzazione secondo il modello della medicina di gruppo, ovvero AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale). Ecco perché Uncem insiste, con altri Assessorati (Montagna ed Enti locali), sulla definizione di ambiti territoriali ottimali chiari e unici. In modo che non cambi l'ambito per ogni materia e funzione che si affronti, che sia salute, foreste, servizi amministrativi, sviluppo economico. L'ambito territoriale è univoco anche per la gestione dei medici di base e per la medicina e l'assistenza territoriale. Possono essere presi in considerazione i sistemi locali del lavoro secondo ISTAT, o altre aggregazioni territoriali di Comuni che già la Regione sta predisponendo. Questo lavoro va fatto in modo efficace, perché di grande portata e politicamente decisivo. La popolazione ne ha bisogno perché negli ambiti si organizza il servizio, la funzione amministrativa, la gestione delle risorse, economiche, umane naturali.

In questa direzione, va sciolto nel Piano – e pure a livello nazionale, oltre che regionale, il ruolo dei Consorzi sociali, di chi fa che cosa, della presa in carico come già detto della persona. Quale sia il modello va studiato e approfondito lontano da ogni deriva politica.

Medicina e assistenza, salute e fragilità sociale, non sono più mondi distinti.

Il Piano regionale del Piemonte deve prevedere confronto, analisi, approfondimenti che puntino all'obiettivo. La cura e la salute della persona. Che vive in un paese o in città, che ha dei precisi riferimenti e delle percezioni di sicurezza sanitaria che devono crescere.

Lavoriamo in questa direzione.