



**DOCUMENTO CITTA METROPOLITANA TORINO**  
**PNRR -SERVIZI E TERRITORIO: L' INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

**PROPOSTA CGIL CISL UIL Torino**

**Premessa:**

L'attuazione delle Missioni del PNRR ci presenta alcune criticità costituite dalle scadenze ravvicinate, dalla complessità e trasversalità degli interventi che devono essere realizzati con il ricorso agli stanziamenti del PNRR che hanno la caratteristica di essere *“una tantum”*. Tali azioni consentono di strutturare un nuovo modello di politiche pubbliche e di società inclusiva che, per salvaguardare la centralità del sistema Pubblico, deve però essere accompagnata da una corretta gestione del rapporto con il privato accreditato e convenzionato o fornitore di servizi pubblici in conseguenza di processi di esternalizzazione. In questo contesto si inserisce, ad esempio, il ricorso, da parte della Pubblica Amministrazione in generale e degli Enti Locali in particolare, alla co programmazione e alla co progettazione con gli Enti del Terzo Settore. La storica insufficienza del finanziamento delle politiche sociali e sanitarie, la mancata piena realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria e dell'assistenza territoriale, anni di blocchi del turn over e l'applicazione sistematica di vincoli alle spese per il personale, dovessero essere confermati anche in futuro, creerebbero le condizioni perché gli investimenti del PNRR si traducano nella definitiva esternalizzazione e privatizzazione dei servizi sanitari e sociali attraverso la progressiva estensione dell'accreditamento e dell'affidamento al privato e al privato sociale, rischio che è assolutamente necessario scongiurare. La Pubblica amministrazione dovrà quindi mantenere nelle proprie mani la governance dei processi, l'analisi dei bisogni e la programmazione e il monitoraggio dei servizi e il privato dovrà corrispondere le prestazioni secondo il principio della sussidiarietà. L' ampliamento delle dotazioni organiche, la stabilizzazione del personale precario e l'adeguata e corretta programmazione universitaria sono questioni da affrontare con forza per ottenere la copertura degli organici nell'ambito del SSN e della Pubblica Amministrazione entro il 2026. Le criticità, cui si aggiunge la mancata piena definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali – solo annunciata in legge di bilancio – e quindi degli standard e degli indicatori cui devono conformarsi le prestazioni erogate e i servizi che le garantiscono, non possono esonerarci dal fare tutto il possibile per orientare queste risorse, disponibili in via eccezionale, nella direzione della realizzazione di quel sistema di servizi pubblici sociali, socio-sanitari e sanitari, radicato sul territorio, integrato e capace di rispondere ai bisogni espressi dalla popolazione. Le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le COT (Centrali Operative

Territoriali). dovranno quindi essere governate e gestite dal pubblico e dovranno garantire l'accessibilità ai servizi a tutte le persone.

Nell'affrontare questi temi non possiamo che partire dall'analisi dell'esistente, dalla distribuzione e dal funzionamento dei servizi, dalle carenze e istanze promosse dal territorio.

**Scadenze** L'attuazione di un crono-programma serrato che condiziona al rispetto di precise scadenze temporali il trasferimento di risorse da parte dell'UE non deve esimerci dal mettere in campo politiche e interventi adeguati alla sfida che ci viene posta comunque consapevoli che si tratta di una straordinaria opportunità.

**Trasversalità** La progettualità messa in campo deve vedere coinvolti i diversi attori istituzionali: le ASL- distretti, i Comuni e i Consorzi - uniti anche in ATS (Ambiti Territoriali Sociali), la Città Metropolitana e la Regione. Per questo, come emerso dal tavolo fin dall'inizio, sarà necessario informare e coinvolgere la Regione Piemonte affinché agisca per quanto di sua competenza. Il PNRR prevede l'integrazione tra le Missioni, in particolare tra M5C2 (Riforme 1 e 2 e Investimenti 1 e 2) e la M6C1 (Riforma 1 e Investimenti 1.1 e 1.2). Il presente documento però suggerisce anche di guardare alla Missione 1 (Digitalizzazione, innovazione, cultura e turismo) C1 linea 1.4, in particolare esplorando la possibilità di realizzare una piattaforma digitale che metta in rete i servizi di welfare pubblici integrati e migliori le possibilità di accesso e la presa in carico di cittadine e cittadini. Oltre al PNRR esiste un'articolata serie di misure per la programmazione e il finanziamento ordinario, di tipo legislativo e amministrativo, qui parzialmente citata, che deve svolgere un'indispensabile funzione di supporto nel tempo agli interventi previsti e alle politiche messe in atto.

Riteniamo che investire sulla sanità e sulle politiche sociali rappresenti non soltanto una necessità per una sempre maggior tutela della salute pubblica e del benessere della società ma sia uno straordinario volano di sviluppo e creazione di opportunità occupazionali qualificate, sia dirette che indirette.

Il 30 dicembre 2021 ASL, Rappresentanza dei sindaci, Città metropolitana e OO.SS. hanno condiviso un percorso e preso impegni affinché vi fossero due ambiti paralleli di confronto. Il tavolo di regia metropolitana avrà il compito di indirizzare e coordinare i lavori; i tavoli strutturati a livello di singola ASL avranno il compito di entrare nel merito delle criticità/opportunità locali e sarà pertanto necessario strutturare i lavori nella maniera più proficua possibile e rendere operativi i tavoli guardando anche ai singoli distretti. Gli ambiti di distretto sanitario non sempre corrispondono - o corrispondono solo in parte - agli ambiti degli Enti Gestori. Criticità che dovrà essere affrontata e superata.

### **Azioni e proposte di intervento:**

#### **1. Presa in carico integrata. Il Distretto (della salute, della coesione sociale e del lavoro): Struttura di programmazione e di governo dei servizi**

**Fonti finanziamento:** M6C1 Investimento 1.1 (Case della Comunità), 1.2 (Casa come primo luogo di cura Telemedicina AD), M5 C2 linea 1.1.2 e 1.1.3, 1.3, Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sanitario Nazionale (quota regionale) per LEA assistenza territoriale (ci sono quote distinte per assistenza domiciliare - strutture territoriali), FES e FESR "Piano Nazionale Equità" (programmazione 2021-2027), Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale.

E' prioritario - così come riportato nella bozza del DM 71 (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale del SSN) - e in attesa della sua approvazione in Conferenza Stato Regioni - affidare al distretto risorse e funzioni. Il distretto deve essere il luogo della programmazione dei servizi sanitari e sociali e della loro integrazione. Al distretto devono quindi essere ricondotte le funzioni di programmazione, di erogazione dei servizi e deve garantire la loro accessibilità; è il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi in stretta relazione con gli Enti Locali e gestori.

Considerato che il distretto ha un riferimento di popolazione, in termini numerici, di circa 100.000 abitanti ma che è altresì fondamentale considerare la conformazione orografica del territorio, sarà necessario ragionare sulla organizzazione/implementazione dei servizi in modo da rispondere alle esigenze specifiche locali, avendo ben presente sia la tipologia di popolazione (es. incidenza popolazione anziana e di genere, popolazione migrante, tasso di natalità, incidenza stati patologici ecc.) che la conformazione territoriale (aree montane e necessità di coordinamento con i progetti specifici locali – es Progetto SNAI Valli di Lanzo-, aree industriali con difficoltà di accesso ai servizi socio sanitari; aree densamente popolate; rete funzionale dei trasporti e della viabilità ecc).

Il Distretto è deputato, *al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie e sociali per assicurare risposte coordinate e uniformità dei livelli di assistenza* individuando nelle Case di Comunità (almeno una Casa di Comunità hub ogni 40 - 50.000 abitanti) il luogo nel quale tale integrazione si concretizza.

La figura del Direttore di distretto sanitario, oltre ad essere il responsabile delle attività del distretto, dovrà disporre di specifiche risorse: una dotazione adeguata di personale e un budget dedicato al buon funzionamento dei servizi.

Analogamente si propone di identificare una figura di riferimento nel comparto sociale. Essendo la funzione sociale affidata ai Comuni, anche attraverso l'Ente gestore, la figura di riferimento dovrà essere individuata al loro interno e dovrà disporre della possibilità di utilizzare le risorse necessarie ai servizi e all'integrazione con il comparto sanitario. Il riferimento è l'ATS (Ambito Territoriale Sociale); la Legge 234/2021 (Legge di Bilancio 2022) individua un'ampia serie di attività che dovranno essere attivate: sono previsti interventi inerenti i LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali) dedicati alla non autosufficienza così come agli altri ambiti del sociale. Le attività dovranno essere coerenti con la Legge Delega in materia di disabilità e con la Legge Delega sulla non autosufficienza.

L'obiettivo è quello di consentire una programmazione condivisa attraverso il Programma delle attività territoriali (o Piano socio sanitario di Distretto) che determina le risorse per l'integrazione socio sanitaria, così come previsto dal D.Lgs. 502 del 1992 e s.m.i., con quote a carico del Sistema Sanitario e dei Comuni: pertanto oltre al Comitato dei Sindaci appartenenti all' ATS – o loro delegato - e al Direttore di distretto sanitario si propone di allargare la partecipazione al rappresentante designato di ambito sociale (Enti locali- Enti gestori/ATS), alle OO.SS. e alle Associazioni territoriali.

Le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità si integrano e si affiancano ai tradizionali servizi territoriali quali i poliambulatori, dipartimenti materno infantile, prevenzione, salute mentale e al suo interno dovranno trovare collocazione altre strutture quali, ad esempio, i Consultori familiari (attenzione ai percorsi di salute sessuale e riproduttiva), i Centri Diurni (delle diverse tipologie in funzione del territorio), i Centri Antiviolenza, i Centri di Accoglienza, i Dipartimenti delle Dipendenze, i Servizi di Psichiatria e Salute Mentale, i Servizi di Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell' Adolescenza, i Centri dei Disturbi Alimentari, ecc. Questi dovranno essere strutturalmente o funzionalmente collegati alla Casa di Comunità.

Qualora nel distretto, pari o superiore a 100.00 abitanti, sia stata prevista una sola Casa di Comunità, l'eventuale scelta per l'attivazione di nuove strutture - per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali - dovrà essere discussa al tavolo di confronto con le parti, così come richiamato in premessa.

### **1.1. Presa in carico integrata: Le Case di Comunità hub e spoke**

**Fonti finanziamento** M6C1 Investimenti 1.1 (Case della Comunità), 1.2 (Casa come primo luogo di cura Telemedicina AD), M5 C2 linea linea.1.1.2 e 1.1.3, 1.3, Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sanitario Nazionale (quota regionale) per LEA assistenza territoriale, FES e FESR "Piano Nazionale Equità" (programmazione 2021-2027), Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale.

Le Case di Comunità, nel dare seguito e continuità a progetti, al momento, limitati a pochi casi sperimentali dovranno essere facilmente individuabili e identificabili come strutture con caratteristiche specifiche e definite e dovranno garantire l'equità di accesso. Laddove esse siano insediate in aree attigue e pertinenti ad altre strutture, come ad esempio gli Ospedali di Comunità, dovranno essere immediatamente riconoscibili e dovranno diventare il luogo di riferimento della popolazione per accesso, accoglienza, orientamento, presa in carico. Le Case di Comunità dovranno promuovere un modello integrato e multidisciplinare (individuando un'equipe composta sia da personale del comparto sanitario che sociale) per progettare ed erogare gli interventi sanitari e sociali.

**Ubicazione:** Le ASL hanno trasmesso alla Regione Piemonte, in conformità alle scadenze impartite dalla stessa, una ipotesi di collocazione delle Case di Comunità (hub) nel territorio di competenza. La scelta è stata in parte condivisa con gli amministratori locali. Alcune aree sono state interessate da variazioni e tuttavia, stante il numero di Case assegnate, e pur considerando che la Regione Piemonte ha garantito e confermato che il territorio della Città Metropolitana non sarà interessato da riduzioni perché le strutture verranno in parte finanziate da risorse regionali, permangono difficoltà nel coprire l'intero territorio.

Analizzando la mappa prodotta è possibile notare che alcune aree di confine tra gli ambiti territoriali delle ASL rimangono parzialmente o totalmente scoperte così come ci sono zone prive di servizi all'interno degli ambiti territoriali della singola ASL e non è rispettato il parametro 1 Casa di Comunità hub ogni 40/50.000 abitanti. Il problema grava maggiormente sulle aree rurali e montane e nasce dall'esigenza di utilizzare presidi già esistenti e funzionanti, come risulta nella maggior parte dei casi, limitando fortemente la possibilità di cercare soluzioni più funzionali; la geografia complessiva non pare quindi subire grandi variazioni e le strutture "nuove" sono residuali. Appare quindi fondamentale lavorare, di concerto con le amministrazioni locali, per addivenire ad una strutturazione del territorio che sappia collocare le Case hub e spoke secondo una proposta condivisa e rispondente ai bisogni degli ambiti locali; a tal proposito occorre verificare se sono ancora possibili modifiche rispetto alla collocazione delle hub, optando anche per strutture di proprietà degli Enti Locali oltre che della Sanità, e capire con quali risorse saranno finanziate le nuove e ulteriori soluzioni (spoke). I Distretti, attraverso le ASL, dovranno garantire le risorse necessarie per la connessione del modello hub-spoke e solo in questo modo sarà possibile operare attraverso una maggiore capillarità dei servizi.

Il tema dovrà essere oggetto dei tavoli di ambito territoriale per valutare necessità, servizi e modalità di accesso, così come già specificato.

**Servizi erogati:** Al fine di ottimizzare l'attivazione dei servizi ed evitare la dispersione di risorse, si propone di effettuare una mappatura e una attenta analisi dei servizi ad oggi presenti in ogni ambito territoriale (area di ASL e di distretto per quanto riguarda i servizi sanitari, ambito di ATS/Comune e Ente gestore per quanto riguarda i servizi sociali) e valutare l'opportunità o meno di trasferimenti, dislocazioni, accorpamenti o nuove e/o ulteriori attivazioni in virtù dei bisogni che richiede uno specifico territorio.

L'analisi e la mappatura, così come la programmazione e il monitoraggio, dovrà essere garantito dalla Pubblica Amministrazione che ha il compito di governare e orientare la scelta dei servizi e degli interventi per il benessere del cittadino.

Le Case di Comunità rappresentano il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità: è il luogo fisico in cui il cittadino può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria, sociale e in tutte le situazioni nelle quali può realizzarsi la collaborazione con gli Enti locali.

Viene promosso un modello di intervento integrato, multidisciplinare e multi istituzionale ed è la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari e di integrazione sociale.

All'interno delle Case di Comunità dovranno essere organizzati i PUA (Punti Unici di Accesso) e garantiti i servizi di assistenza primaria, sociale e dell'integrazione socio sanitaria; dovranno

essere fornite informazioni complete sui diritti, servizi e percorsi rivolti a persone con disabilità e anziani non autosufficienti. Oltre alla presenza dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di libera scelta - che potranno essere organizzati in un servizio di continuità assistenziale -, degli Infermieri e delle altre professioni sanitarie, dovranno essere erogati i servizi primari ambulatoriali, specialistici e diagnostici e dovranno operare anche i professionisti dei servizi sociali. Almeno nella Case di Comunità Hub dovranno essere garantiti programmi di screening attuati in Regione e dei percorsi specifici di prevenzione correlati agli ambiti territoriali.

I Consultori familiari dovranno trovare collocazione anche dentro le Case di Comunità ampliando la loro presenza sul territorio (così come da standard definiti con la legge 34/96 che prevede 1 consultorio ogni 20.000 abitanti- 1 ogni 10.000 ab. nelle zone rurali e 1 ogni 25.000 ab nelle zone urbane-) e dovranno prevedere percorsi sia per donne in età fertile che in menopausa (servizio fortemente carente) così come dovranno trovare collocazione i servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Le Case di Comunità dovranno operare in rete con i servizi mirati del territorio quali i Centri Antiviolenza, i Centri ISI (Centri di Informazione Salute Immigrati), i Centri di Accoglienza per i Migranti ( i Centri di Seconda Accoglienza: SPRAR - Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati , SIPROIMI - Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati, SAI - Sistema di Accoglienza ed Integrazione - ; e i Centri di accoglienza straordinaria - CAS-), i Centri Diurni che forniscono prestazioni socio-educative, di socializzazione, di aggregazione e di recupero, destinate a bambini e ragazzi di minore età, alle persone con disabilità o disagio psichico, agli anziani con Alzheimer e demenze, i SerD, I Centri di Salute Mentale, le Case Famiglia ecc.

Il riferimento minimo per le dotazioni organiche, nelle more della sua emanazione, è quello indicato nella bozza del DM 71 incrementato delle figure del comparto sociale.

### 1.1.1. Trasporti

**Fonti finanziamento:** Si rimanda alle principali fonti di finanziamento sul tema: PUMS<sup>1</sup>, PON Metro Torino e PNRR M2C2<sup>2</sup>; le fonti di finanziamento "strutturate" del trasporto pubblico locale sono innanzitutto quelle provenienti dal Fondo Nazionale Trasporti con riparto regionale. Le determine regionali integrano il fabbisogno rispetto alle esigenze/programmazioni territoriali definito a livello regionale in applicazione della legge cardine di regolamentazione del settore trasporti ovvero la Legge Regionale 1 del 4 gennaio 2000 e S.M.I.

Ulteriori finanziamenti provengono dagli Enti Locali.

Partendo dall'esigenza di ragionare in maniera compiuta e strutturata sulle linee di collegamento e di trasporto pubblico che permettano il raggiungimento delle strutture di sanità territoriale (quelle esistenti così come le nuove), sarà necessario analizzare ciò che oggi esiste ed elaborare una proposta organica per fare in modo che venga garantita la piena accessibilità e fruibilità dei presidi da parte della popolazione.

Si propone quindi di analizzare, congiuntamente alla Città metropolitana e alle Amministrazioni locali, le possibili fonti di finanziamento e linee di intervento per implementare, sostituire, saturare linee già esistenti e funzionanti e, nel caso in cui fosse necessario, pensare e predisporre collegamenti ex novo a partire dal PUMS (Piano Urbano

---

1 La Città di Torino si è dotata di un Piano Urbano della Mobilità Sostenibile (PUMS) la cui strategia è quella di indurre un riequilibrio della domanda di trasporto tra collettivo e individuale, in modo da ridurre la congestione e migliorare l'accessibilità alle diverse funzioni urbane. Il perseguimento di questa strategia comporta una politica incisiva della mobilità, che favorisca l'uso del trasporto collettivo. La misura stanziata dal comune di Torino è di 30 milioni di euro (15 x annualità) destinate a GTT per l'attuazione del PUMS.

2 La missione M2C2 al punto 4 prevede risorse per una mobilità soft sostenibile con realizzazione ad esempio di piste ciclabili ed intermodalità sostenibile con bici elettriche e punti di ricarica per sviluppare un'adeguata rete infrastrutturale con la realizzazione di oltre 21000 punti di ricarica elettrica pubblici sul territorio nazionale.

della Mobilità Sostenibile) e degli altri documenti di programmazione in ambito regionale di Città Metropolitana, attraverso il confronto con l'Agenzia per la Mobilità<sup>3</sup>.

Il sistema di trasporto pubblico dovrà essere alimentato con fonti di energia rinnovabile e/o sostenibile.

## **1.2. Presa in carico integrata: I PUA (Punti Unici di Accesso) e Punti di Orientamento (Multi)Professionale**

**Fonti finanziamento:** M6C1 Investimenti 1.1 (Case della Comunità), 1.2 (Casa come primo luogo di cura Telemedicina AD), M5 C2 linea 1.1.2 e 1.1.3, 1.3, Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sanitario Nazionale (quota regionale) per LEA assistenza territoriale, FES e FESR "Piano Nazionale Equità" (programmazione 2021-2027), Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale

La presa in carico della popolazione deve avvenire in un'ottica integrata tra i vari interventi e i diversi servizi esistenti sul territorio, sia in ambito sociale, sia sanitario che socio-sanitario. Per raggiungere la piena integrazione è, innanzitutto, necessario che siano individuate delle modalità operative attraverso le quali la popolazione possa ricevere tutte le informazioni necessarie riguardo gli interventi attivati nel territorio e possa essere oggetto di una valutazione preliminare dei bisogni da parte di personale specializzato.

A riguardo si propone di impostare due canali di primo accesso: I Punti Unici di Accesso (PUA) e i Punti di Orientamento (Multi)Professionale (Segretariato sociale qualificato), più snelli e di prima informazione rispetto alle iniziative territoriali.

L'istituto del PUA costituisce, così come definito dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, la "porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comuni/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità. E' finalizzato, peraltro, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi, in particolare per coloro che richiedono interventi di natura sociale, sanitaria e/o socio sanitaria". Si propone di travalicare gli aspetti di natura prettamente sociosanitaria - educativa e assistenziale - ed estendere la competenza dei PUA anche ad altri ambiti quale l'inclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità ed istituire la collaborazione con i Centri per l'Impiego per indirizzare correttamente i cittadini e le cittadine e permettere la profilazione del fabbisogno, utile all'attivazione di misure di politica attiva del lavoro e/o di forme di sostegno al reddito.

I Pua e i Punti di Orientamento (Multi)Professionale dovranno avere la più ampia diffusione territoriale in modo da formare una rete capillare e ridurre la mobilità sul territorio, in

---

<sup>3</sup> Agenzia della Mobilità. E' l'ente regionale di riferimento (ente consortile) che procede alla predisposizione dei bandi di gara e alla pianificazione dei servizi da erogare. All'interno dell'Agenzia c'è una rappresentanza dei sindaci in ordine ai bacini di appartenenza/ conurbazioni.

Le istanze su servizi - nuovi o vecchi - transitano tramite Agenzia della mobilità che è l'ente autorizzativo e di controllo.

Il tessuto metropolitano (Torino e cintura) è composto dai seguenti comuni: Regione Piemonte(25%) Città Metropolitana di Torino, Comune di Torino( 25%) Comune di Alpignano, Comune di Baldissero Torinese, Comune di Beinasco, Comune di Borgaro Torinese, Comune di Cambiano, Comune di Candiolo, Comune di Carignano, Comune di Caselle Torinese, Comune di Chieri, Comune di Collegno, Comune di Druento, Comune di Grugliasco, Comune di La Loggia, Comune di Leinì, Comune di Moncalieri, Comune di Nichelino, Comune di Orbassano, Comune di Pecetto Torinese, Comune di Pianezza, Comune di Pino Torinese, Comune di Piobesi Torinese, Comune di Piosasco, Comune di Rivalta di Torino, Comune di Rivoli, Comune di San Mauro Torinese, Comune di Santena, Comune di Settimo Torinese, Comune di Trofarello, Comune di Venaria Reale, Comune di Vinovo, Comune di Volpiano.

Altri comuni/ bacini/conurbazioni rappresentate sono: Ivrea e Pinerolo.

particolare delle persone fragili. Una forte attenzione dovrà essere posta alle aree densamente popolate, di grande mobilità così come alle zone rurali o montane.

Questi luoghi dovranno essere facilmente accessibili ed individuabili all'interno delle strutture ospitanti.

I PUA agiscono su mandato congiunto di ATS e ASL.

**Professionalità coinvolte:** Per le attività di front office e di segretariato sociale potrà essere predisposto personale amministrativo o socio sanitario adeguatamente formato (e sostenuto con percorsi di aggiornamento continuo) e dipendente della Pubblica Amministrazione – in via esclusiva per i PUA - che dovrà accogliere le richieste, indirizzare eventualmente ad altri servizi e raccogliere una prima anagrafica precisa. Il cittadino sarà quindi contattato – entro tempistiche definite - per l'elaborazione di un progetto personalizzato, ove necessario, per il quale sarà supportato da mediatori linguistici e/o culturali, assistenti sociali e psicologi così come previsto rispettivamente dalla Legge di bilancio per il 2021 (Legge 178/2020, articolo 1, comma 797 e seguenti) e dalla Legge di bilancio per il 2022 (Legge 234/2022, articolo 1, commi 290 – 292) per la valutazione preliminare dei bisogni.

Per i bisogni complessi interverrà quindi l'equipe multi istituzionale e multi disciplinare con la presenza di personale sanitario, socio sanitario, specialistico, educativo (ecc.).

**Ubicazione:** I PUA dovranno essere collocati obbligatoriamente all'interno delle Case di Comunità, hub/spoke; i PUA e/o i Punti di Orientamento (Multi) Professionale potranno essere collocati presso le ASL, i Comuni/Enti gestori, all'interno delle Stazioni di Posta e/o altro luogo identificabile in ragione delle caratteristiche del territorio (es. sedi INPS, RSA ecc.).

**Servizi, interventi garantiti e strumenti utilizzati:** I PUA dovranno garantire attività di informazione e orientamento sui diritti, sui servizi e sugli interventi del sistema sociale, sanitario e socio-sanitario integrato, compilare la scheda anagrafica e attivare tempestivamente il percorso.

Dovrà quindi essere definito e attivato il progetto personalizzato, dovrà essere garantito il supporto nella presentazione delle domande, la gestione delle stesse e l'eventuale risoluzione dei problemi.

Lo strumento Piano di Assistenza Individualizzato e Piano Educativo Individualizzato (PAI e PEI) qualora necessario, dovrà essere discusso e rivisto. In particolare l'approccio ai servizi domiciliari dovrà superare l'attuale metodo duale di presa in carico, sociale e sanitario, e dovrà favorire i bisogni di socializzazione e di relazione delle persone. Laddove questo sia già stato fatto dovranno essere poste in essere tutte le azioni possibili al miglioramento della risposta. Dovrà essere strutturato un data-base degli interventi che definisca il numero e la loro distribuzione; questo strumento potrà aiutare la Pubblica Amministrazione a valutare l'appropriatezza, la qualità e l'efficacia, in termini sia numerici che qualitativi, dei servizi erogati sia in forma diretta che indiretta. Il data-base dovrà dialogare con la piattaforma dei servizi di welfare di cui al punto 2. del presente documento.

## **2. Piattaforma dei servizi di welfare sanitari e sociali.**

### **Fonti di finanziamento: M1C1**

Verrà avviato con la Città Metropolitana il confronto per la predisposizione di una piattaforma informatica che raccolga i servizi di welfare territoriale e che dia visibilità ai percorsi integrati tra il comparto sociale e quello sanitario, informazioni sulle modalità di accesso e di attivazione dei servizi. La piattaforma dovrà essere pubblica e potrà essere consultata dalle cittadine e dai cittadini on line o su *totem*, appositamente installati nelle sede comunali/di distretto/di circoscrizione. I *totem* non saranno e non potranno essere sostitutivi dei PUA o dei Punti di Orientamento (Multi) Professionale ma aggiuntivi e di potenziamento della rete.

La piattaforma dovrà essere predisposta attraverso il CSI (Consorzio per il Sistema Informativo) della Regione Piemonte, utilizzando come base già quanto ad oggi esistente (es.

piattaforma RSA ecc.). Dovrà permettere ai cittadini e ai servizi stessi di selezionare l'ambito territoriale di interesse e avere visibilità dei percorsi locali

La piattaforma faciliterebbe il monitoraggio di bisogni e servizi disponibili in tempo reale, favorirebbe un incontro garantito e regolato tra i bisogni di comunità e i servizi offerti (e potenzialmente in espansione), accelererebbe la digitalizzazione della PA oltre a favorire la condivisione di servizi a scavalco tra territori.

Dovranno essere concordate anche le modalità di ingresso allo strumento – attraverso un accreditamento che dovrà garantire alle lavoratrici e ai lavoratori interessati nell'erogazione dei servizi l'applicazione e il rispetto integrale dei CCNL comparativamente più rappresentativi a livello nazionale, le norme su salute e sicurezza, norme antidiscriminatorie ecc. - e di visibilità dei soggetti erogatori dei servizi. La proposta si inserisce nella progettazione prevista dalla Missione 1 C1.

La proposta è già oggetto di un documento di parte sindacale.

### **3. Domiciliarità e Vita Autonoma**

**Fonti finanziamento:** M5 C2 investimento 1, Linea 1.1.2., 1.1.3 e 1.2, M6 C1 Investimenti 1.1 e 1.2, 1.3 FNPS Fondo Non Autosufficienza (ex 1 art 1 c. 1264 legge 296/2006), Fondo Dopo di Noi, (legge n. 112/2016), L.R. 10 del 18 febbraio 2010

Riferimenti

- PNRR, Missione 5 Componente 2 Investimento 1.1 e 1.2
- Il Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 (scheda 2.7.3)
- DPCM 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza
- Piano Nazionale di Azione per la Salute Mentale
- Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge "Dopo di Noi"
- L.R. 10 del 18 febbraio 2010

La cronicità e la comorbilità, la non autosufficienza di una buona parte della popolazione (quasi sempre si collocano oltre i 65 anni di età) determinano la necessità di affrontare forme di vulnerabilità legate all'invecchiamento e alla disabilità, con processi di inclusione e garantendo l'esigibilità del diritto alla cura e della continuità assistenziale anche se cronicità e comorbilità non sempre implicano condizioni riconducibili alla non autosufficienza.

Per questo motivo richiedono interventi mirati e differenziati: la non autosufficienza chiama in causa gli strumenti di assistenza domiciliare, residenziale e forme miste tra le due, la comorbilità e la cronicità richiedono interventi di medicina proattiva e di medicina di iniziativa che trovano nelle Case di Comunità (sempre) e negli Ospedali di Comunità (al bisogno) il luogo più appropriato per la presa in carico.

La pandemia ha confermato quanto noi sosteniamo da sempre in merito all'importanza delle cure a lungo termine superando il modello tradizionale delle RSA con forme di domiciliarità e di continuità assistenziale.

Occorre investire sulla prevenzione, sull'invecchiamento attivo, su nuove forme di co-housing e sulle cure di prossimità, garantendo al domicilio i maggiori livelli possibili di autonomia, di inclusione sociale e di relazione attraverso cure sanitarie ed assistenza tutelare nella logica della più efficace integrazione socio-sanitaria.

**Assistenza territoriale e domiciliare:** La presa in carico della cittadinanza, attraverso i PUA, deve essere messa in atto da politiche e servizi integrati nel territorio con la strutturazione (o ristrutturazione) di un'assistenza territoriale che non può prescindere dall'azione sinergica dei servizi sociali e sanitari. In particolare per quanto riguarda la non autosufficienza bisogna lavorare sulla presa in carico e sulla definizione di progetti personalizzati, calibrati in ragione dei bisogni della persona e valutata anche la rete familiare e sociale e il contesto di vita, per mettere in atto interventi e servizi tra essi connessi e che assicurino la continuità socio assistenziale e sanitaria necessaria non solo a garantire il soddisfacimento dei bisogni della persona ma che consentano una condizione di vita dignitosa. L'obiettivo di individuare nella

casa di abitazione il primo luogo di cura per prolungare il più a lungo possibile una vita autonoma deve essere percorso con determinazione. E' di primaria importanza individuare e promuovere modelli allocativi di "budget personalizzati" che consentano la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire alla persona una integrazione sociale adeguata e che permetta alle persone che presentano queste necessità, alle loro famiglie e alla comunità in cui vivono di partecipare direttamente al progetto.

*Le persone anziane, siano esse autosufficienti o no, dovranno essere inserite in percorsi partecipativi individuati e promossi dal territorio, per evitare l'isolamento e favorire il mantenimento delle funzionalità. A riguardo si deve far ricorso anche agli strumenti della telemedicina/teleassistenza domiciliare.*

Il PNRR indica come obiettivo la presa in carico progressiva del 10% della popolazione over 65, obiettivo che risulta confermato nella bozza del cosiddetto D.M. 71 . Si tratta di interventi, a valenza distrettuale (decentramento) finalizzati all'erogazione a domicilio di interventi di intensità e complessità variabile e devono prevedere quindi una revisione periodica dei piani. E' importante quindi agire sui tempi e sulle procedure della valutazione multidimensionale.

Il domicilio non può, come detto, essere l'unico luogo deputato alla cura tutelare e va affrontata con forza la questione dell'isolamento in particolare delle persone anziane, siano esse autosufficienti o no e con capacità residuali variabili. Sarà quindi necessario lavorare per costruire opportunità (luoghi, percorsi, attività, progettualità ecc.) accoglienti e diffusi per rispondere in maniera efficace ai bisogni di socializzazione. Tema non più rinviabile.

**Centri Diurni:** Accertata la gravissima carenza di un numero adeguato di Centri Diurni per demenze nella Città di Torino e in misura anche più pesante nell'area metropolitana, valutata la presenza di una popolazione sempre più anziana e con la crescita delle persone non autosufficienti , deve essere garantita una loro diffusione territoriale e devono quindi essere individuate le strutture in cui sia assicurata la presa in carico delle persone anziane fragili con queste caratteristiche.

I Centri diurni fanno parte delle strutture per l'assistenza semiresidenziale previste nei LEA sanitari dal Dpcm 17.1.2017, che ne disciplina anche la compartecipazione alla spesa (in specie art. 30). L'analisi dei bisogni del territorio non potrà prescindere dal mappare tali strutture, valutare se sono funzionanti e in quali modalità e prevederne l'implementazione.

**Vita autonoma e persone con disabilità:** Deve sussistere la disponibilità di alloggi per persone con disabilità, dotati di spazi adeguati, domotica e assistenza a distanza (come previsto da M5C2. L1.1.2 e 1.2. M6C1 Investimenti 1.1 e 1.2, LEA Sanitaria Dpcm 17.1.2017 art. 21 e seguenti, Piano nazionale Cronicità)

Possono altresì essere individuate soluzioni abitative condivise (Dopo di Noi, Fondo per progetti rivolti a over 65 istituito in Legge Bilancio 2022, commi 678-680).

Anche per le persone con disabilità dovranno essere messe in atto progettualità specifiche per scongiurare l'isolamento e avviarle alla possibilità di una vita autonoma. In tal senso la proposta di collegare i servizi al lavoro alle Case di Comunità può rappresentare un'ulteriore sollecitazione agli inserimenti lavorativi previsti dalla Legge.

#### **4. Questione del personale e dotazioni organiche**

In questi anni in Regione Piemonte, a causa del piano di rientro 2010-2016 con il conseguente blocco del *turn-over* del personale e per effetto delle miopi politiche regionali di contenimento della spesa del Servizio Sanitario Regionale incentrate principalmente sulla spesa del personale, gli organici delle AA.SS.RR. hanno visto un progressivo, quanto inesorabile, depauperamento.

Si sono persi pertanto, nel tempo, migliaia di professionisti di tutti i profili professionali, sia del comparto che della dirigenza medica.

Il PNRR non pone basi strutturali per la risoluzione di questo annoso problema. La Missione Salute e il React\_Eu infatti, finanziano gli interventi destinati ad investimenti e alla

realizzazione di infrastrutture territoriali con la creazione di reti di prossimità, cure domiciliari, telemedicina, Ospedali di Comunità e Case di Comunità; nella riforma dell'assistenza territoriale si prevede la presenza di infermieri di famiglia e di comunità ma al momento non è affrontato il tema nodale della copertura dei costi per le assunzioni di personale dedicato che trova il finanziamento nella spesa corrente e non in quella per investimenti.

La programmazione sanitaria che mira all'aumento dell'offerta all'utenza, anche del territorio, deve passare prioritariamente dalle politiche di rafforzamento strutturale degli organici delle Aziende.

E' del tutto evidente, che il Governo deve accompagnare l'attuazione del PNRR con una integrazione economica progressiva del Fondo Sanitario Nazionale destinato al capitolo del personale, determinando la necessaria garanzia della copertura della spesa fissa e ricorrente in questione. Conseguentemente, risulta altresì indispensabile da parte del livello centrale, la rimozione del limite del 1,4% del monte salari 2004 imposto alle Aziende per quanto riguarda le assunzioni, al fine di programmare i fabbisogni di personale sulla base della domanda di cura e assistenza delle cittadine e dei cittadini.

## **5. Temi da sviluppare.**

### **5.1. Prevenzione vulnerabilità, famiglia e infanzia; Contrasto alla povertà e rischio marginalità estrema.**

Si propone di analizzare e approfondire i seguenti temi in momenti specifici di confronto, concordando le modalità tra le parti e partendo dalle progettualità che gli ATS stanno presentando in riferimento alla Missione 5C2 Linea 1.1.1 e alla linea 1.3.

**Fonti di finanziamento:** M5C2 Linea 1.1.1, M5C2 linea 1.3, Fondo Nazionale Politiche Sociali, FSE+, Fondo Povertà, Fondo di Solidarietà Comunale, FEAD, PON Inclusione

### **5.2. Revisione rete ospedaliera; Telemedicina, Rete delle cure palliative, Ospedali di Comunità e COT (approfondimenti dopo l'approvazione del DM 71).**

E' necessario avviare apposita discussione sulla revisione della rete ospedaliera dell'area metropolitana valutando i bisogni del territorio. Se questa non dovesse essere avviata parallelamente al confronto sui servizi di medicina territoriale rischieremmo di assistere ad una complessiva riduzione dei posti letto ospedalieri e ad un utilizzo improprio degli Ospedali di Comunità. Ambito ospedaliero e ambito territoriale sono collegati e svolgono funzioni complementari.

Alcune aree e progettualità necessitano di attenzioni particolari: occorre verificare la redistribuzione dei posti letto legati alla realizzazione del Parco della Salute dell'Innovazione e della Scienza, a partire dall'area Torino Sud.

Devono al più presto essere definite le aree nelle quali costruire l'ospedale unico nell'ASL T05 e nell'ASL T04 (canavese-eporediese), per permettere la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera nei territori interessati.

Si propone inoltre di approfondire congiuntamente i temi della Telemedicina, degli Ospedali di Comunità, delle COT e della rete delle cure palliative dopo l'approvazione del DM 71. Riteniamo strategico mantenere una visione di sistema.

## 6. Relazioni sindacali e livelli di confronto

In data 30 dicembre 2021, le OO.SS., i Direttori generali della quattro ASL dell' area metropolitana, i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci e l' Assessore al Welfare e alle Politiche sociali del Comune di Torino hanno condiviso la strutturazione di un percorso e le modalità del confronto. Il verbale è qui integralmente richiamato e si allega al presente documento. Pertanto le parti dovranno farsi promotrici e portare a conoscenza dei vari livelli - sotto la regia della Città Metropolitana che ha formalmente acquisito il coordinamento del tavolo - le modalità, i temi e le funzioni del confronto. A tal proposito è indispensabile coordinare, attraverso i Direttori di distretto, la discussione in ambito distrettuale che, se pur considerando le varie istanze locali, dovrà fare sintesi e lavorare su dati sanitari e sociali scientificamente prodotti. Riteniamo quindi opportuno coinvolgere il SEPI (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia) per verificare le attività, i bisogni, le carenze nei servizi locali e porre in essere le politiche (sanitarie, sociali e non solo) necessarie al contrasto delle disuguaglianze sociali nella salute; questo per non vanificare le opportunità portate dal PNRR e dall'integrazione con altre progettualità.

**Tempi:** Il tavolo di area metropolitana dovrà riunirsi, come peraltro già concordato, una volta al mese. Contestualmente dovrà essere avviato il confronto a livello delle singole ASL, propedeutico al coordinamento del lavoro dei distretti; questi ultimi dovranno trovare modalità e tempi di confronto e portare al tavolo di ambito ASL eventuali criticità e proposte.

Stante la complessità dei temi, le variabili date dalle condizioni generali di contesto, le riforme e gli interventi normativi che dovranno/potranno intervenire a livello nazionale e regionale, si concorda di rendere permanenti tali modalità di confronto.

### **Conclusioni**

In estrema sintesi l'opportunità offerta dal PNRR consente finalmente di procedere a una revisione di sistema che non può essere elusa ricorrendo all'alibi della mancanza di finanziamenti.

Se si sceglie la strada di affrontare in modo armonico i problemi non si può prescindere da un confronto tra tutti gli interessati e occorre un richiamo alla responsabilità di tutti gli attori che operano sul territorio, dagli *shareholder* (Istituzioni pubbliche, Enti Locali e loro emanazioni, Aziende Sanitarie, Agenzia Territoriale per la Casa, Agenzia per la Mobilità Piemontese) agli *stakeholder* (forze sociali -comprese le Organizzazioni Sindacali confederali- Terzo Settore, Operatori Economici, altri portatori di interessi diffusi).

Nell'affrontare i temi dell'assistenza territoriale non si può focalizzare l'attenzione limitandosi alle Missioni 5 e 6 del PNRR ma occorre fare ricorso a tutti gli strumenti che questo offre e che sono in mano anche ad altri soggetti oltre a quelli che si occupano in via esclusiva di sanità e di sociale.

Il ventaglio di interventi è estremamente vasto e coinvolge piani di urbanizzazione locale con reti viarie, parcheggi, barriere architettoniche, rete dei trasporti, infrastrutture telematiche; le azioni devono necessariamente essere coordinate tra di loro e ciò richiede il coinvolgimento degli amministratori locali, delle Agenzie Regionali, delle ASL e delle loro articolazioni; per questo motivo nel documento sono riportati i riferimenti alle varie Missioni che possono offrire gli strumenti per agire in forma concreta.

La questione delle risorse umane non è secondaria e non va sottovalutata. Al più presto vanno superati gli ostacoli al reclutamento del personale che non sono solo dovuti alle limitazioni di spesa ma anche alla ridotta capacità del sistema universitario e formativo di fare fronte alla domanda.

Agli Amministratori locali si chiede di superare i campanilismi e di agire con maggior consapevolezza dell'interesse generale: quando si parla di nuovi ospedali la disputa sulla loro

ubicazione si è trasformata in totale paralisi e per cui, tra un ospedale in un luogo piuttosto che in un altro, si termina con nessun ospedale per tutti.

L' altra sollecitazione riguarda gli interventi di loro competenza: urbanistica e TPL (Trasporto Pubblico Locale) intercomunale.

CGIL, CISL e UIL Confederali, congiuntamente con le rispettive Categorie degli Attivi e dei Pensionati, continuano a premere per una integrazione tra servizi socio sanitari, sociali e prestazioni di natura strettamente sanitaria attraverso i Punti Unici di Accesso e con l'offerta di funzioni sociali e sanitarie nello stesso luogo. Oltre alla presenza di personale pubblico in numero sufficiente, la prima condizione del buon funzionamento delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità è l'esistenza di un tessuto sociale che sia effettivamente "Comunità" al quale fare riferimento.

Il successo o Il fallimento è strettamente collegato al senso di responsabilità che ognuno sarà in grado di esprimere.

*Torino, aprile 2022*