

RICHIESTA DI DIBATTITO, ai sensi dell'art. 23 bis del Regolamento, su:

OGGETTO: Assistenza territoriale e servizi sociosanitari domiciliari per le persone con disabilità e anziane a Cagliari: attualità e sviluppo.

CONSIDERATO che

il presente momento storico è estremamente complesso da comprendere e da affrontare, con nuovi e accresciuti bisogni sociali e di salute, difficoltà esistenziali, lavorative ed economiche emergenti, soprattutto per le fasce più deboli della popolazione,

viviamo una *crisi* epocale, sanitaria, climatica, geopolitica, socioeconomica, una fase delicata di passaggio e di rapidi cambiamenti, nei quali la pandemia, con la sua lezione, si offre anche come una grande potenziale chance

PREMESSO che

l'esperienza della pandemia Covid, definita il più grande shock a livello globale degli ultimi decenni, in cui, la metà dei decessi per COVID 19 in Europa sono avvenuti nelle residenze per persone anziane e persone con disabilità fisica e mentale (dichiarazione dell'OMS Europa), in Italia più del 25%; ciò ha dimostrato il fallimento del sistema di "protezione", di permanenza in luoghi separati e non di cura, e la necessità di superare quel sistema,

e la catastrofe in Ucraina, per una guerra ancora in corso – purtroppo non l'unica - di aggressione, fuori dalla storia e dal tempo, come definita dal Presidente Sergio Mattarella,

hanno acuito le criticità sanitarie e sociali, i problemi preesistenti nei sistemi e nelle strutture;

RILEVATO che

emerge sempre più quanto tutto sia collegato, perché *tutto è connesso*, salute, sociale, natura, ambiente e contesto;

gli studi scientifici e le iniziative istituzionali puntano in questa stessa direzione, con:

le raccomandazioni dell'OMS Organizzazione Mondiale della sanità e il fondamento della nuova cultura della salute *One Health* ('esiste un'unica salute') per cui, per proteggere e promuovere la *salute delle popolazioni* ci si basa sull'integrazione di discipline diverse, sulla collaborazione fra medicina, scienza, scienze sociali e umanistiche, le nuove opportunità dei big data e dell'intelligenza artificiale; dove le parole chiave sono *l'interdisciplinarietà, la sostenibilità e l'interdipendenza*;

i programmi europei, nazionali, regionali, indicano che l'assistenza di prossimità e territoriale è centrale, e va rafforzata

(collegata all'assistenza ospedaliera e a quella di emergenza-urgenza), si esprime nei concetti di *sanità di iniziativa, medicina di popolazione e progetto di salute* (dal recente 'Regolamento sui modelli standard per lo Sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel sistema del Sistema sanitario Nazionale SSN e del SNPS Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici');

gli obiettivi di Sviluppo sostenibile dell'**Agenda 2030**, le parole e i documenti di **Papa Francesco** riferiti alla necessaria **riduzione delle disuguaglianze e al rafforzamento della coesione sociale**;

le spinte dal basso e delle nuove generazioni, i paradigmi e le prassi sociali del nuovo welfare che, come vasi comunicanti, implementano e contaminano i differenti settori/ambiti, e

indicano **necessaria la partecipazione dei diretti interessati e le loro rappresentanze**, dimostrano come irreversibile la direzione intrapresa col passaggio storico, **da un programma di 'protezione' (che è fallito) a un programma di promozione, di diritti umani** che prevede la **progettazione personalizzata, la co-progettazione e l'inclusione sociale** a tutti i livelli, **per e con le persone vulnerabili**

CONSIDERATO che

dal locale al globale, per i singoli, le famiglie e i gruppi, nella governance nei sistemi pubblici e privati **occorrono urgenti, nuove e migliori soluzioni organizzative e di vita**, in risposta ai nuovi bisogni, a partire dalle persone e strutture più fragili, che devono realmente avere **la persona e la comunità al centro, con servizi di prossimità intorno, di qualità sociale**

VISTA

l'attualità politica istituzionale che sta ponendo in atto iniziative e risorse importanti in questa direzione, concorrenti a rafforzare i **servizi territoriali alla persona**, quali quelle legate alla programmazione europea e ai provvedimenti nazionali, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR, con gli investimenti e le riforme previste.

In particolare, nella **Missione 6 Salute e nella Missione 5 Sociale del PNRR**:

- 1) *la M6C1, Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale, con l'Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina*, in linea con le raccomandazioni della Commissione Europea già del 2019, pone il potenziamento dei **servizi domiciliari come obiettivo fondamentale**.

In essa, **si prevede di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare** fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi e medie europee, mentre ora si è sotto, solo al 4,5 %), 800.000 persone in più, pazienti sopra i 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'investimento più grande di questo capitolo è **nelle cure domiciliari**: dei quattro miliardi di euro, **2,72 miliardi saranno infatti destinati a pagare personale**, come medici di medicina generale e infermieri, personale dipendente o convenzionato, collaborazioni o acquisto di servizi mediante convenzioni, **e i servizi necessari a portare le cure (ADI) direttamente a casa dei pazienti**. Si tratta di un'aggiunta recente al piano e la cui approvazione è definita da fonti del ministero della Salute un «capolavoro» diplomatico, in quanto spesa corrente, che andrà finanziata anche dopo l'esaurimento delle risorse europee:

e, altre sotto misure di investimento per il rafforzamento del sistema **telemedicina**, per il monitoraggio di pazienti cronici e per le 602 centrali di coordinamento territoriale COT, una ogni 100 mila abitanti;

- 2) *e la collegata Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" - Sottocomponente 2 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale"*, che prevede 3 progetti sociali a titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, che si articola in **tre Investimenti e due Riforme**:

➤ Investimento 1.1 - *Sostegno alle persone vulnerabili (famiglie e bambini) e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti (comprese le dimissioni anticipate "protette")*

➤ Investimento 1.2 - *Percorsi di autonomia per persone con disabilità*; ➤ Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta;

➤ Riforma 1.1 - *Legge quadro per le disabilità*; ➤ Riforma 1.2 - *Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti*

A livello nazionale, vi sono quindi le leggi di bilancio e i piani attuativi, come il Piano sociale nazionale, che riguardano la **definizione e la garanzia dei livelli essenziali** delle prestazioni sanitarie LEP e **dei LEPS sociali**, e che prevedono **programmi e interventi di inclusione sociale, di prevenzione dell'istituzionalizzazione e dell'esclusione sociale** e a livello regionale i relativi provvedimenti (Legge finanziaria, Piano Sanitario e Piano sociale regionale)

VISTA

la L. n.234/2021 (legge di Bilancio 2022) che, **al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti e i servizi sanitari, sociosanitari e sociali,**

e di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale, con carattere di universalità, per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità

ha stabilito un complesso intervento inerente:

- 1) i Livelli essenziali delle prestazioni sociali LEPS per la non autosufficienza;
- 2) gli Ambiti Territoriali Sociali ATS-PLUS (per la Sardegna sono i Piani Locali Unitari dei Servizi alla persona, L.R. 23/2005), quale sede necessaria per programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi

RICORDATO CHE

Il **PLUS-ATS Cagliari**, Piano locale unitario dei servizi e ambito territoriale sociosanitario, coincide con la stessa città e con l'amministrazione di Cagliari,

L'assistenza sociosanitaria si rivolge alle categorie fragili, quali: persone con disabilità, malati cronici non autosufficienti, malati in fine vita, persone con sofferenza mentale, con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo, anche minori e adolescenti, persone con dipendenze patologiche, ecc.

VALUTATO CHE

alle situazioni di disabilità e non autosufficienza si correlano anche condizioni di maggiori difficoltà economiche, lavorative e dei carichi di cura per i familiari caregiver, in particolare per le donne

RICHIAMATO CHE

la L.R. n.24/2020 istituisce le **ASL Aziende sociosanitarie locali** (che sostituiscono le vecchie aziende sanitarie locali ASL) **che assolvono ai compiti di integrazione socio-sanitaria**, e, **attraverso i Distretti, partecipano alla definizione del Piano locale unitario dei servizi sociosanitari nei PLUS-ATS** di riferimento, insieme con la componente sociale dei Servizi sociali Comunali, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza,

garantiscono l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari alle persone in condizioni di non autosufficienza (attraverso il PUA Punto unico di Accesso, l'UVT unità di valutazione territoriale multidimensionale, in ottica bio-psico-sociale, secondo la classificazione ICF del "funzionamento" della persona in relazione col contesto, la progettazione personalizzata, la presa in carico e cura con supporti e sostegni, assistenza domiciliare integrata, il case manager, ecc.)

RESO NOTO CHE

gli **investimenti relativi all'assistenza sociosanitaria territoriale** da finanziare con il PNRR (M6C1) e col PNC (Piano Nazionale Completare), si sviluppano, nei diversi PLUS-ATS, su tre diversi livelli (sub misure), da coordinare in un approccio integrato per risultare così funzionali a una piena presa in carico degli utenti sul territorio, nel quale si deve realizzare una vera integrazione sociosanitaria, con i servizi in continuità di cure, sono:

1) **1.1 LE CASE DELLA COMUNITÀ**

punto di accoglienza dell'assistito, di indirizzo verso i servizi di assistenza sanitaria primaria (MMG/PLS, medici di continuità assistenziale, infermieri, ecc), socio-sanitaria e sociale (quindi con personale sia sociale dei comuni e PLUS che tecnico e amministrativo) oltre che di cura della promozione della salute, dove deve essere garantita la presa in carico dei pazienti cronici, attraverso equipe multi-professionale (obiettivo almeno 1.350 Case della comunità, dotate di attrezzature tecnologiche, entro metà 2026, in Sardegna in programma n.55, e a Cagliari almeno n. 2, v. dati da Piano Sanitario regionale D.G.R. n. 9/22 del 24.3.2022).

2) **1.2 LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA: 1.2.1. L'ASSISTENZA DOMICILIARE**

Per cui si prevede, come già detto sopra, il rafforzamento, con l'obiettivo di prendere in carico nuovi pazienti oltre i 65 anni di età, e

la riorganizzazione, con l'entrata in funzione entro giugno 2024, delle **COT - Centrali operative territoriali, 1.2.2)**, 1 ogni 100 mila abitanti (in Sardegna n.16, a Cagliari n.1 Area vasta e n. 1 Area Ovest, v. Piano Sanitario regionale D.G.R. n. 9/22 del 24.3.2022) interconnesse, dotate di appositi dispositivi per il telemonitoraggio dei pazienti, per il coordinamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie e per migliorare accessibilità, continuità, integrazione delle cure; e, dall'altro, **1.2.3)** la diffusione della **telemedicina**, attraverso l'attuazione entro il 2023 di almeno un progetto per Regione (o per consorzi tra Regioni) e assicurando l'assistenza tramite dispositivi tecnologici digitali ad almeno 200.000 pazienti per la fine del 2025;

3) **1.3 GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ**

a degenza breve (15-20 giorni), con uno o due moduli - ciascuno di 20 posti letto - previsti ogni 50.000 abitanti, per lo sviluppo delle cure intermedie tra ospedale e domicilio, atti ad alleggerire gli ospedali dalle prestazioni a bassa complessità, a contenere gli accessi al pronto soccorso; l'obiettivo è realizzare/adequare 400 Ospedali di comunità entro la metà del 2026, dotati di interconnessione e attrezzature tecnologiche (in Sardegna 13 + 20 finanziati da fondi europei FERS, a Cagliari previsti n.2 città + 8)

CONSIDERATO

quanto indicato circa i finanziamenti europei per la ripresa, sia dai direttori dei Dipartimenti di salute mentale che dai Coordinamenti delle Associazioni dei familiari, sulla situazione della **salute mentale** travolta da guerra e pandemia, che hanno moltiplicato esponenzialmente il disagio psichico, in un mix

esplosivo tra 'pericolo clinico' e incertezza sociale, che ha portato a un aumento di patologie psichiatriche gravi (+30% negli adolescenti di disregolazione emotivo-affettiva, autolesionismo, violenza, uso di sostanze, depressione, e + 70% di disturbi del comportamento alimentare nei minori), e un aumento delle persone bisognose di cure, per cui **vi è la necessità di finanziare soluzioni per potenziare la rete diffusa di servizi per la salute mentale inclusivi, integrati e radicati nel territorio**, con adeguato del personale, formazione continua ispirata dalla legge 180 e orientata a percorsi di ripresa e di emancipazione, al sostegno per l'intera vita e alla salute mentale di comunità

VISTA

la delibera regionale D.G.R. n.37/24 del 14.12.2022 Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto n. 77/2022 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), in cui si precisa che tale programmazione è stata sviluppata in coerenza con il Piano regionale dei servizi sanitari (PRSS), approvato in via preliminare dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 9/22 del 24 marzo 2022, che ricomprende anche le scelte in tema di Case della comunità (CdC), Ospedali della comunità (OdC) e Centrali operative territoriali (COT) e che ne costituisce di fatto uno stralcio, con particolare riferimento alle tematiche relative allo sviluppo dell'assistenza territoriale di cui al D.M. 23 maggio 2022, n. 77,

con l'analisi di contesto da cui si parte, che evidenzia come la popolazione anziana (over 65) rappresenti il 25,8% della popolazione totale nella Regione, percentuale superiore alla media nazionale pari al 23,8%, numero degli over 65, che secondo le proiezioni ISTAT, tenderà a crescere nei prossimi anni

CONSIDERATI

i dati generali correlati alla bassa natalità, all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità, e i risultati positivi fin qui raggiunti, sempre migliorabili, per cui **dal 2000 in Sardegna le persone con disabilità grave e gravissima e i loro familiari - insieme alle organizzazioni che li rappresentano - sono coinvolti in un processo di partecipazione per la costruzione di servizi di assistenza a loro dedicati, percorsi di inclusione**, per cui la Regione Sardegna ha investito in piani personalizzati e co-progettati - legge 162/98 e Ritornare a casa - nel 2022, circa 180 milioni di euro, creando circa 20.000 posti di lavoro su tutto il territorio regionale (e conseguente emersione del lavoro nero di cura, professionalizzazione degli operatori coinvolti, risparmio spesa sanitaria pubblica, non ricoveri impropri, ecc.)

RILEVATI

I dati significativi regionali e della città di Cagliari (dall'atlante demografico 2021):

a CAGLIARI risiedono 151.812 abitanti (2021) (scesi intorno ai 148.000 a.); 77.852 famiglie: di queste, il **47,99%** è costituito da una sola persona mentre il 25,57% è composto da due persone.

I bambini al di sotto dei 10 anni sono n.8.381 (5,52%)

Gli adulti > 65 anni n. 43.665 di cui:

- 65-74 anni n. 20.363; (28,76%)
- 75 anni n. 23.302 (15,35%)

Indici di vecchiaia: (2002) 187,54; (2022) 313,71 esprime il grado di invecchiamento della popolazione (rapporto %65 anni-e %0-14 anni) 100=

Incidenza Popolazione

> 65 anni: 19,25 (2002) 28,76 (2022); (media regionale 25,8, ITA 23,8)

> 75 anni: 8,55 (2002) 15,35 (2022), ossia la percentuale di anziani rispetto al totale della popolazione (> 75 anni: è rilevante statisticamente, questi cittadini necessitano di maggiori servizi alla persona ed impegnano maggiori risorse per le problematiche correlate all'età)

Indice dipendenza anziani

(2002) 27,32 (2022) 46,32 il numero di anziani dipendenti per ogni 100 persone in età attiva.

In Sardegna in Cure domiciliari integrate ADI vi sono **4.000** persone circa;

col programma **Ritornare a casa RAC PLUS**, progetto regionale di assistenza, di sostegno personalizzato vi sono **n. 3.850** persone con disabilità grave/gravissima, comprese le persone con SLA, patologie neurodegenerative, gravi demenze, oncologici, ecc.;

sono circa **44.000** i piani personalizzati L. 162/98, servizi di sostegno per persone con disabilità grave, co-progettati coi servizi sociali del comune di residenza, in gestione diretta o indiretta, interventi di assistenza domiciliare, assistenza personale ed educativa, percorsi di autonomia, attività socializzanti e di inclusione della persona con disabilità e di alleggerimento familiare;

vi sono poi altre leggi e programmi di settore, con finanziamenti, di supporto per particolari situazioni e patologie (circa **20.000 persone**) e di inclusione sociale

nel Distretto Cagliari Area Vasta in Cure domiciliari integrate - ADI vi sono **n. 1500 utenti-pazienti** (se si contano le entrate/uscite dal servizio sono stati oltre 4.000 nel 2021) di cui **n. 60 (circa) in area critica** (dato di febbraio 2023), sono 'ospedalizzazioni' a domicilio, con servizi collegati ai reparti ospedalieri, in particolare le rianimazioni

nel Plus di Cagliari città, i progetti del Ritornare a casa RAC Plus sono **circa n. 250** e i piani personalizzati L. 162/98 oltre **n. 2.500** (dati in corso di aggiornamento)

RESO NOTO che

per tali programmi, il **Modello Sardegna** rappresenta una buona prassi di servizi di assistenza alle persone con disabilità grave, anche in situazioni estreme, di sostegno nel proprio domicilio e comunità, basata sulla co-progettazione e la personalizzazione degli interventi, con la co-responsabilità dell'istituzione locale e della persona con disabilità (e i familiari), si sviluppa il **progetto personale di vita**, il diritto a vivere nel proprio domicilio e contesto che si "sceglie", il diritto umano di scelta, per tutti e tutte, di come, dove e con chi vivere (art. 19 Vita indipendente, Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità L.18/2009, ratificata dal Consiglio Comunale con l'Ordine del giorno n. 3 del18/03/2011).

vi sono altri programmi sociali (che sono LEPS, nel piano sociale nazionale e, a cascata, anche regionale), relativamente, ad esempio, alla **Vita indipendente e al Dopo di noi** - programmi di inclusione sociale e di prevenzione dell'istituzionalizzazione e dell'esclusione sociale per le persone con disabilità grave, che richiedono gli stessi passaggi: presa in carico e valutazione multidimensionale in UVT, co-progettazione con il diretto interessato (beneficiario/familiare), piano personalizzato, co-firme di tutti i componenti (sanitari, sociali, beneficiario/familiari), valutazioni congiunte successive

CONSIDERATO CHE

le **cure domiciliari regionali sanitarie e sociosanitarie** offerte sono quindi di varie forme a seconda delle condizioni della persona da assistere nel territorio, delineano le seguenti tipologie di interventi:

Assistenza Domiciliare Sociale (SAD): servizio (sociale) che viene fornito direttamente dai Comuni e comprende l'assistenza per la cura e l'igiene della persona (con non autosufficienza o disabilità), per la cura dell'alloggio e la gestione degli impegni quotidiani, per l'integrazione/inclusione sociale, per le attività di segretariato sociale.

Assistenza Domiciliare di base: prestazioni (sanitarie) erogate dal Medico di Medicina Generale al domicilio di un proprio assistito, previa autorizzazione del servizio sanitario pubblico competente e secondo una calendarizzazione predefinita

Assistenza Domiciliare Integrata (Cure domiciliari-ADI): prevede il coordinamento, secondo un Piano Assistenziale Individualizzato e concordato, tra le prestazioni e interventi di natura sanitaria e in collegamento con quelli di natura assistenziale sociale

PRECISATO CHE

rispetto agli interventi del PNRR e di programmazione europea si procede per fasi di avanzamento, e ora si sta mettendo mano alle riforme e decreti, piani e regolamenti attuativi, linee guida e strumenti operativi nei tavoli interministeriali e nei gruppi di lavoro stabili, operando sui vari documenti con la partecipazione delle rappresentanze e di esperti delle principali organizzazioni delle persone con disabilità e loro familiari, ai fini della redazione del **progetto individuale di vita** (v. *legge delega sulla disabilità* n. 227/2021 art 2 c 2 lett c, h, e anche la legge sul *Sistema degli interventi in favore degli anziani (e anziani non autosufficienti)*) e **dei livelli essenziali delle prestazioni (LEPS) con le relative risorse nei Bilanci**, per definire i percorsi di accertamento della non autosufficienza e della disabilità, per l'inclusione scolastica, la valutazione multidimensionale nella prospettiva della classificazione bio-psico-sociale (in un quadro unitario, coerente e continuum, nella visione e negli strumenti)

e che - come da Legge di Riforma 1.2 - *Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti* e LEPS - sono previsti servizi socio-assistenziali volti a promuovere **la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti** che devono essere erogati dagli ATS-PLUS nelle seguenti aree:

- assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie;
- servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie.

EVIDENZIATO CHE

come risulta, **l'Amministrazione Comunale di Cagliari come PLUS Cagliari ha partecipato all'Avviso 1/2022 del PNRR Missione 5 Sociale**, per la presentazione di *Proposte di intervento per i soggetti fragili e vulnerabili, da finanziare con i fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*, in riferimento a:

- M5C2 investimento 1.2 *percorsi di autonomia persone con disabilità* (Progetto individualizzato Abitazione, Lavoro) e ha avuto approvato il progetto presentato, con finanziamento di 715.000 euro

- M5C2 I 1.1. sub I 1.1.4 *rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del burn out degli operatori sociali* il progetto presentato, è risultato idoneo con 210.000 euro

- M5C2 investimento 1.1 sub investimento 1.13 *Rafforzamento servizi domiciliari dimissione anticipata assistita e prevenire ospedalizzazione* il progetto presentato è risultato finanziato con 330.000 euro

- M5C2 investimento 1.1 sub investimento 1.1.2 *autonomia degli anziani non autosufficienti* il progetto presentato è risultato idoneo con 2.460.000 euro

Ed inoltre anche in M5C2 investimento 1.3 sub investimento 1.3.2 povertà estrema con 280 mila euro; stazione di posta sub investimento 1.3.1 povertà estrema con 410 mila euro Housing first, ammessi a finanziamento;

RICORDATA

la Direttiva del Ministero Disabilità alle amministrazioni titolari di progetti, riforme e misure, sul monitoraggio del PNRR in base ai diritti delle persone con disabilità (Direttiva - ed allegati, format operativi - pubblicata in GU del 9/2/2022

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/03/29/22A01963/SG>),

promossa 'nell'ottica di una sinergica collaborazione volta a valorizzare la particolare attenzione che il PNRR riserva al mondo della disabilità e il grado di inclusività delle riforme in attuazione del PNRR stesso', che invita ad attenersi **nelle modalità di lavoro, tanto nella fase di progettazione che in quella di attuazione delle stesse, con modalità di consultazione pubblica per il coinvolgimento delle persone con disabilità e loro rappresentanze e secondo i principi indicati** (quattro i principi chiave da rispettare nella progettazione ed attuazione di tutte le riforme e misure contenute nel PNRR: a) Accessibilità; b) Progettazione Universale («Design for All»); c) Promozione della vita indipendente e il sostegno all'autodeterminazione; d) Principio di non discriminazione.

RITENUTO CHE

permangono molti punti di domanda e criticità circa **le strutture e servizi (sanitari e sociosanitari) che dovranno esserci, il loro funzionamento effettivo, la tempistica e, di alcuni, la loro ubicazione;**

vi sono delle **difficoltà nell'atto del passaggio dalle programmazioni alle attuazioni dei programmi** e delle varie riforme, sia oggettive (carenza di risorse, di personale e logistiche, tempistiche strette, vincoli amministrativi, necessità di comunicazione e formazione, ecc.) che dei processi e dinamiche che accadono;

la programmazione e i cronoprogrammi si distendono fino al 2026, ma sono via via da introdurre nel tempo, e opportunamente **si devono coinvolgere tutti** gli attori istituzionali dei servizi, del terzo settore, delle professioni, delle rappresentanze sociali **e tutta la cittadinanza per conoscere, per partecipare** ai percorsi e ai processi di costruzione, perché poi effettivamente i servizi che li riguardano funzionino e siano efficaci ed efficienti, di qualità sociale e rispondenti ai bisogni,

per quanto detto sopra, è doveroso che, come Sindaco responsabile della condizione di salute della popolazione del suo territorio, Assessorato e Servizi si riferisca al massimo organo istituzionale rappresentativo della collettività locale sui **progetti presentati dall'amministrazione comunale-PLUS sul PNRR** e approvati che si avvieranno, si comunichi e condivida il percorso e le azioni con i vari attori istituzionali e sociali, con i diretti interessati e loro rappresentanze,

per quanto esposto, **tali argomenti riguardano programmi e servizi sociosanitari integrati di assistenza** che sono **di particolare rilievo per la città, il territorio, tutti i cittadini e tutte le cittadine**, in particolare per i fruitori più fragili, e per tanti operatori e professionisti dei servizi che saranno coinvolti e impegnati

SI IMPEGNA

Ai sensi del Art. 23 bis del Regolamento, l'iscrizione all'ordine del giorno del Consiglio Comunale di un dibattito, come in oggetto, sul tema: **Assistenza territoriale e servizi socio-sanitari domiciliari per le persone con disabilità e anziane a Cagliari: attualità e sviluppo.**

Cagliari, 20 aprile 2023

Firmato

Rita Polo

Fabrizio Marcello, Marzia Cilloccu, Guido Portoghese, Matteo Lecis Cocco Ortu, Camilla Soru, Andrea Dettori, Giulia Andreozzi, Matteo Massa, Francesca Mulas, Marco Benucci, Anna Puddu, Francesca Ghirra