PER UNA NUOVA SANITÀ UMBRA

Proposta del Partito Democratico dell'Umbria per il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale

Una sanità pubblica, un sistema sociale forte

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale rappresenta una delle principali sfide della legislatura. Il Partito Democratico dell'Umbria ritiene che questa fase debba essere affrontata con una visione politica chiara: costruire un sistema pubblico integrato, capace di garantire salute, cura, assistenza, riabilitazione, prevenzione, inclusione e qualità della vita, attraverso una rete nella quale servizi sanitari, sociali e sociosanitari lavorino insieme.

La salute delle persone non dipende soltanto dalla possibilità di accedere a una prestazione sanitaria. Dipende anche dalle condizioni nelle quali si vive, dalla possibilità di lavorare, abitare, studiare, partecipare alla vita della comunità, essere autonomi e contare su una rete di relazioni e servizi. Per questo il nuovo Piano non deve limitarsi a riorganizzare l'offerta sanitaria, ma deve costruire un sistema integrato di presa in carico della persona, capace di accompagnarla nelle diverse fasi della vita e, soprattutto, nei momenti di maggiore fragilità.

La riforma della sanità umbra non consiste quindi soltanto nel ridisegnare gli assetti amministrativi o nel realizzare nuove strutture. Deve intervenire sul modo in cui il sistema programma i servizi, prende in carico le persone, valorizza i professionisti, utilizza le risorse e integra ospedale, territorio, servizi sociali e comunità.

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale non nasce da zero. In Umbria è già in corso un importante lavoro di riorganizzazione e rafforzamento del sistema sanitario e sociosanitario, attraverso scelte e provvedimenti che anticipano alcuni degli indirizzi fondamentali che il Piano intende assumere e che, nel loro insieme, contribuiscono già a tracciare la direzione della nuova sanità umbra. Il Partito Democratico dell'Umbria sostiene con convinzione questo percorso.

La progressiva apertura e messa in funzione delle Case della Comunità, il rafforzamento dei Punti Unici di Accesso, la costruzione della Rete oncologica regionale, lo sviluppo delle reti cliniche e assistenziali, il potenziamento dei servizi territoriali e delle Centrali Operative Territoriali sono segnali concreti di una trasformazione che deve proseguire e consolidarsi.

Non si tratta di interventi isolati, ma di tasselli di una stessa scelta politica: riportare il territorio al centro del sistema sanitario, rafforzando la capacità di prevenire, orientare, prendere in carico e accompagnare le persone lungo i loro percorsi di salute e mettendo in relazione servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

Il Piano deve quindi dare organicità e prospettiva a questo lavoro. Deve collegare le diverse innovazioni già avviate, definire ciò che ancora manca, stabilire priorità, responsabilità e tempi di attuazione e, soprattutto, verificare che le nuove strutture e i nuovi servizi producano effettivamente una maggiore capacità di presa in carico.

È questo il passaggio che abbiamo davanti: dalla centralità dell'ospedale alla costruzione di una sanità territoriale forte, senza contrapporre territorio e ospedale, ma integrandoli in una rete nella quale ciascuno svolga pienamente la propria funzione. Una trasformazione di questa portata non può essere realizzata attraverso tagli, chiusure o un arretramento della presenza pubblica.

Al contrario, la scelta che il Piano deve rendere evidente è quella di tornare a investire nel Servizio sanitario pubblico. Dopo anni nei quali il sistema pubblico ha conosciuto difficoltà crescenti, carenze di personale, una riduzione della capacità di risposta e un ricorso sempre più rilevante all'offerta privata per compensare le insufficienze del sistema, si apre una fase diversa: una fase nella quale il pubblico deve recuperare forza, capacità organizzativa e capacità di investimento.

Questo significa assumere personale, rafforzare le professionalità, aprire e rendere pienamente operative le Case della Comunità, potenziare la domiciliarità, investire nella prevenzione e nella salute mentale, ammodernare gli ospedali, sviluppare le tecnologie e garantire una rete di servizi capace di rispondere ai bisogni delle persone in ogni territorio.

Rafforzare il territorio non significa indebolire l'ospedale. Significa rafforzare l'intero sistema pubblico.

È proprio questa la principale discontinuità che vogliamo imprimere alla nuova fase: non una sanità che si riorganizza arretrando, ma una sanità che si riorganizza investendo, innovando e aumentando la propria capacità di risposta.

Perché questa scelta possa essere realmente sostenibile, tuttavia, occorre affrontare anche il tema delle risorse nazionali.

Non è possibile chiedere alle Regioni di costruire una nuova sanità territoriale, rafforzare gli ospedali, assumere professionisti, ridurre le liste d'attesa, potenziare la prevenzione e garantire nuovi servizi senza assicurare al Servizio Sanitario Nazionale un livello di finanziamento adeguato.

Per questo il Partito Democratico dell'Umbria sostiene la battaglia per portare progressivamente il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale almeno al 7% del PIL e continuerà a incalzare il Governo di Giorgia Meloni perché assuma questa come una priorità nazionale.

Il rischio, altrimenti, è che alle Regioni venga chiesto di realizzare una trasformazione profonda del sistema sanitario con risorse insufficienti, alimentando le liste d'attesa, la carenza di personale e il ricorso al privato. È una prospettiva che non possiamo accettare.

La difesa del Servizio Sanitario Nazionale non può essere soltanto una dichiarazione di principio. Deve tradursi in risorse, personale, servizi e capacità pubblica.

Per il Partito Democratico questa è una scelta di campo.

Vogliamo una sanità pubblica capace di accompagnare le persone lungo tutto l'arco della vita, più forte sul territorio e più qualificata negli ospedali, capace di integrare salute e sociale, prevenzione e

cura, innovazione e prossimità. Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale deve essere lo strumento attraverso il quale questa scelta diventa strutturale.

Dopo anni di arretramento, il pubblico deve tornare a crescere. Dopo una sanità troppo spesso organizzata intorno alle strutture, la persona deve tornare al centro. Il passaggio verso una sanità territoriale deve avvenire non attraverso la riduzione dell'offerta, ma attraverso il rafforzamento dell'intero sistema pubblico.

È questa la direzione nella quale vogliamo accompagnare l'Umbria.

Il Partito Democratico dell'Umbria propone pertanto di concentrare la nuova programmazione regionale su sei grandi cantieri:

- **Prevenzione e promozione della salute**
- **Territorio, Distretti e Case della Comunità**
- **Emergenza-urgenza e rete ospedaliera**
- **Persone, professioni e formazione**
- **Sanità digitale e innovazione**
- **Governance, integrazione e sostenibilità del sistema**

Sono sei dimensioni di una stessa scelta: costruire un Servizio sanitario e sociale regionale nel quale il territorio sia più forte perché può contare su ospedali qualificati e integrati, e gli ospedali siano più efficaci perché inseriti in una rete territoriale e sociale capace di garantire continuità della presa in carico.

1. PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La prima priorità di una politica sanitaria e sociale moderna è investire sulla prevenzione.

Il sistema pubblico deve essere capace non soltanto di curare la malattia, ma di anticipare i bisogni, promuovere la salute, ridurre i fattori di rischio e contrastare le disuguaglianze che producono condizioni di maggiore vulnerabilità.

La prevenzione deve quindi diventare una politica trasversale, che coinvolga il sistema sanitario, i Comuni, gli Ambiti Territoriali Sociali, la scuola, i luoghi di lavoro, il Terzo settore e le comunità locali.

Occorre assumere pienamente il concetto di determinanti sociali della salute: reddito, lavoro, abitazione, istruzione, condizioni familiari e relazionali incidono sulla salute e sulla possibilità stessa di accedere alle cure.

Contrastare le disuguaglianze sociali significa dunque anche prevenire malattia e fragilità.

Particolare attenzione deve essere rivolta alla prevenzione nelle fasce più giovani, alla promozione di stili di vita sani, alla prevenzione delle dipendenze, alla salute nei luoghi di lavoro e all'intercettazione precoce delle condizioni di fragilità.

One Health

Il PD Umbria ritiene necessario rafforzare l'approccio One Health, riconoscendo la stretta relazione tra salute umana, salute e benessere animale, ambiente e sicurezza degli alimenti.

Questo richiede una maggiore integrazione tra servizi sanitari, veterinari, ambientali e di prevenzione e una capacità più avanzata di utilizzare i dati epidemiologici per individuare i fattori di rischio e orientare le politiche pubbliche.

Salute mentale e prevenzione

La salute mentale deve essere pienamente integrata nelle politiche di prevenzione e promozione della salute.

La prevenzione deve comprendere anche la capacità di intercettare precocemente il disagio psicologico e i problemi di salute mentale, con particolare attenzione alle fasce più giovani della popolazione, promuovendo benessere psicologico, relazioni positive, contrasto allo stigma e prevenzione delle dipendenze.

L'Umbria possiede una tradizione di particolare rilievo nella costruzione della psichiatria di comunità e nel superamento delle istituzioni manicomiali. Quel patrimonio non deve essere considerato un elemento del passato, ma una base sulla quale costruire una nuova fase di innovazione.

Il rilancio deve riguardare l'intero arco della vita, con particolare attenzione a bambini, adolescenti e giovani adulti.

La prevenzione del disagio, la promozione del benessere psicologico, il contrasto allo stigma, la prevenzione delle dipendenze e l'intervento precoce devono essere integrati nella rete dei servizi territoriali, sociali, educativi e sanitari.

Per l'età evolutiva deve essere affrontata con priorità la situazione delle liste d'attesa della neuropsichiatria infantile, accompagnando il rafforzamento delle risorse destinate ai Servizi di Neuropsichiatria Infantile con una revisione del loro modello organizzativo.

2. TERRITORIO, DISTRETTI E CASE DELLA COMUNITÀ

Il rafforzamento della sanità territoriale e dei servizi sociali di prossimità è il cuore della nuova programmazione regionale.

Il territorio deve essere il luogo nel quale la persona trova accesso, orientamento, presa in carico e continuità assistenziale.

Il nuovo modello deve integrare sanità territoriale, medici di medicina generale, servizi sociali e sociosanitari, superando la separazione tra percorsi che troppo spesso continuano a essere organizzati intorno alle strutture invece che intorno alle persone.

Il ruolo dei Distretti

Il PD Umbria ritiene necessario rafforzare il ruolo dei Distretti quali luoghi centrali della programmazione, del coordinamento e dell'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

L'organizzazione distrettuale deve garantire un adeguato equilibrio tra dimensione organizzativa, capacità di programmazione e prossimità ai cittadini, attraverso un'articolazione territoriale che tenga conto delle caratteristiche e delle specificità delle Zone Sociali.

L’attuale assetto in 12 Distretti ha storicamente assicurato prossimità della programmazione e integrazione tra sociale e sanitario. Rappresenta pertanto un riferimento, da valutare e, ove necessario, adeguare in funzione dei bisogni dei territori e del sistema nel suo complesso, con l’obiettivo di mantenere efficace l’integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Il Distretto deve assumere una responsabilità più forte nella programmazione e nel coordinamento della rete territoriale, diventando il luogo nel quale si integrano medicina generale, servizi specialistici, assistenza domiciliare, Case della Comunità, servizi sociali e ospedale.

Particolare rilevanza deve assumere il rapporto tra Distretti e Ambiti Territoriali Sociali, che deve essere strutturato e stabile, fondato su una programmazione condivisa e orientato a garantire continuità e integrazione degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

Il rafforzamento dei Distretti deve quindi rappresentare una direttrice prioritaria dell’organizzazione sanitaria regionale, assicurando loro adeguate funzioni, strumenti e capacità di governo e valorizzando la dimensione territoriale e la prossimità ai cittadini.

Le Case della Comunità

Le Case della Comunità devono rappresentare una delle principali innovazioni del nuovo modello territoriale.

Non devono diventare semplici poliambulatori o contenitori di servizi. Devono essere luoghi riconoscibili nella comunità, facilmente accessibili, nei quali il cittadino possa trovare risposta ai propri bisogni sanitari e sociosanitari ed essere accompagnato lungo il proprio percorso assistenziale.

Per raggiungere questo obiettivo è indispensabile il pieno coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, insieme alle altre professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Le Case della Comunità devono essere capaci di prendere in carico tanto la cronicità semplice quanto quella complessa e devono essere strettamente collegate ai servizi domiciliari, ai servizi specialistici territoriali di base per l’età evolutiva, alla riabilitazione, al contrasto alle dipendenze, ai Centri di Salute Mentale, ai consultori e ai servizi dedicati alle malattie croniche e degenerative, oltre che alla rete ospedaliera.

Devono inoltre essere connesse ai servizi sociali dei Comuni e agli Ambiti Territoriali Sociali, così da poter intercettare anche bisogni che non possono essere affrontati con una risposta esclusivamente sanitaria.

Le Case della Comunità devono diventare anche un punto di riferimento per le persone anziane, in particolare per quelle con bisogni assistenziali e sanitari che non richiedono un ricovero ospedaliero, offrendo una risposta di prossimità e contribuendo a evitare ospedalizzazioni inappropriate e accessi ripetuti al Pronto Soccorso.

La loro efficacia dipenderà soprattutto dal personale, dal modello organizzativo centrato sulla presa in carico complessiva dei bisogni della persona e dalla capacità di integrazione dei professionisti all’interno di équipe multidisciplinari, non soltanto dalla realizzazione degli edifici, con la piena attuazione di quanto previsto dal DM 77/2022.

In questo quadro, il PD Umbria sostiene la Regione nella volontà di realizzare pienamente, attraverso il reperimento di risorse certe e tempestive, la Casa della Comunità di Foligno, unica città esclusa dalla Giunta Tesei dalla programmazione PNRR, valorizzando contestualmente il ruolo della città come nodo centrale della rete dei servizi per un territorio ampio e articolato e rafforzando il rapporto tra Casa della Comunità, Distretto, medicina generale, servizi sociali e ospedale.

Analoga esigenza deve essere ribadita con riferimento al territorio del Perugino, dove, in ragione dell'articolazione della popolazione, assume particolare rilievo il completamento della rete delle Case della Comunità hub e la sua integrazione con i Centri di Salute e con gli altri servizi territoriali.

In particolare, dovrà essere completata e resa pienamente operativa la Casa della Comunità di Monteluce e dovrà essere individuata una soluzione per la realizzazione della Casa della Comunità destinata a servire il versante occidentale della città, valorizzando anche il ruolo di aree quali San Sisto, Castel del Piano e il territorio del Comune di Corciano.

Dovrà inoltre proseguire l'attivazione delle altre Case della Comunità extra PNRR di Gubbio, Gualdo Tadino e Narni.

Il PD Umbria ritiene che sia compito del Piano Socio-Sanitario Regionale indicare le modifiche necessarie alla programmazione in tema di Case della Comunità espressa dalla precedente amministrazione regionale e definire i tempi di realizzazione di quanto programmato, in particolare per quanto riguarda l'implementazione del modello previsto dal DM 77/2022 e le metodologie formative finalizzate a un metodo di lavoro e di presa in carico realmente integrati, da rivolgere alle équipe multidisciplinari delle Case della Comunità.

Domiciliarità, non autosufficienza e anziani

La domiciliarità deve diventare una componente strutturale della presa in carico, ma deve essere ripensata alla luce dei profondi cambiamenti sociali che hanno modificato la struttura delle famiglie e la disponibilità di caregiver.

Sempre più spesso le persone anziane e fragili vivono in nuclei familiari nei quali i familiari lavorano e non possono garantire una presenza assistenziale continuativa. La domiciliarità non può quindi essere costruita sull'idea implicita di una famiglia sempre disponibile a farsi carico dell'assistenza.

Il nuovo Piano deve rafforzare l'integrazione tra assistenza domiciliare sanitaria e sociale, sostenendo la permanenza delle persone nel proprio ambiente di vita quando ciò sia possibile e appropriato, ma costruendo contemporaneamente una rete di servizi capace di intervenire quando la permanenza a domicilio non sia più sostenibile.

Particolare attenzione deve essere dedicata alle persone anziane non autosufficienti e alle loro famiglie, rafforzando i servizi domiciliari, i percorsi di valutazione multidimensionale, i servizi di prossimità e le forme di sostegno ai caregiver.

La risposta alla non autosufficienza non può essere affidata prevalentemente né alla domiciliarità né alla residenzialità: occorre costruire una rete articolata di domiciliarità, semiresidenzialità, servizi di prossimità e strutture residenziali appropriate.

In questo quadro occorre sviluppare forme innovative di residenzialità, capaci di superare il modello delle strutture protette concepite esclusivamente come luoghi di assistenza e isolamento. Le strutture residenziali devono essere sempre più aperte alla comunità, personalizzate, integrate con i servizi

territoriali e orientate alla qualità della vita, all'autonomia e alla socialità delle persone, riducendo per quanto possibile una concezione eccessivamente istituzionalizzante dell'assistenza.

La residenzialità deve quindi essere considerata parte di una rete di cura e non un'alternativa separata al territorio.

Il ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri

Il rafforzamento della sanità territoriale non può prescindere dalla piena valorizzazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, che rappresentano il primo punto di accesso al Servizio Sanitario e una componente essenziale della continuità della presa in carico.

Il nuovo Piano deve favorire la loro piena integrazione nella rete territoriale, in particolare con i Distretti e le Case della Comunità, rafforzandone il ruolo nella prevenzione, nell'intercettazione precoce dei bisogni, nella gestione della cronicità e della fragilità, nell'appropriatezza prescrittiva e nell'orientamento delle persone all'interno della rete dei servizi.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata al ricambio generazionale e alla presenza della medicina generale nelle aree maggiormente esposte alla carenza di professionisti. La Regione dovrà prevedere specifiche misure di sostegno e incentivazione per i Medici di Medicina Generale che scelgono di coprire le zone carenti, con particolare riferimento alle aree interne, montane e periferiche, anche attraverso strumenti che rendano più attrattivo l'esercizio della professione in questi territori.

L'obiettivo deve essere garantire una presenza capillare della medicina generale in tutta l'Umbria, riducendo le disuguaglianze territoriali e assicurando a ogni cittadino un punto di riferimento stabile per l'accesso e la continuità delle cure.

Disabilità e progetto di vita

Il nuovo Piano deve assumere il principio della personalizzazione della presa in carico e del progetto di vita, in coerenza con quanto previsto dal decreto legislativo n. 62/2024.

La persona con disabilità deve poter contare su un percorso nel quale siano integrati salute, assistenza, scuola, formazione, lavoro, abitare, socialità e autonomia.

Questo richiede una collaborazione stabile tra servizi sanitari, servizi sociali, Comuni, scuola, famiglie, Terzo settore e mondo del lavoro.

L'obiettivo deve essere l'inclusione e la vita indipendente, evitando che la risposta alla fragilità si traduca automaticamente in separazione o istituzionalizzazione.

In questo quadro deve essere valorizzato l'Osservatorio sulla disabilità, quale strumento fondamentale di monitoraggio della condizione delle persone con disabilità, dei bisogni emergenti, dell'accessibilità dei servizi e dell'attuazione delle politiche regionali, anche al fine di orientare la programmazione e verificare concretamente gli esiti degli interventi.

Salute mentale e territorio

Il rilancio della salute mentale deve essere costruito a partire dal territorio.

Il Piano regionale deve riconoscere esplicitamente il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei Centri di Salute Mentale, valorizzando la tradizione umbra della psichiatria di comunità.

I tre Centri di Salute Mentale di Perugia devono mantenere sedi distinte e adeguatamente distribuite sul territorio cittadino, preservando prossimità e accessibilità.

L'intercettazione del disagio nelle Case della Comunità non deve essere affidata esclusivamente alla figura dello psicologo, ma a équipe multiprofessionali nelle quali siano valorizzati anche assistenti sociali, educatori e, ove necessario, altre competenze utili alla lettura dei bisogni della comunità.

La salute mentale deve inoltre essere pienamente integrata con i servizi sociali, il Terzo settore, la scuola, il lavoro e gli altri luoghi nei quali si costruisce la vita delle persone.

Su questo tema il PD Umbria ha prodotto un documento specifico, il *Documento di valutazione e proposta sul Piano di azioni regionale per la Salute Mentale*, che si allega e al quale si rimanda.

Consultori da rilanciare

I consultori sono centri di tutela della salute della donna, della sessualità e della procreazione responsabile, per le diverse età e in particolare per giovani, coppie e famiglie. Il consultorio è un presidio centrale del sistema sanitario regionale e territoriale e deve tornare a essere un punto di riferimento stabile, accessibile ed efficace per le donne, le famiglie, i giovani, i minori e l'intera comunità.

Il loro rilancio deve essere assunto come impegno concreto, con risorse, personale e tempi certi, ricostruendo una rete consultoriale capillare e adeguata agli standard nazionali e garantendo équipe multidisciplinari, accesso diretto e gratuito, orari compatibili con le esigenze delle persone e particolare attenzione ai giovani.

I consultori devono garantire prevenzione, screening, contraccezione, tutela della salute sessuale e riproduttiva, sostegno alla maternità e alla genitorialità, educazione all'affettività e alla sessualità, oltre alla piena applicazione della legge 194/1978 e all'accesso ai servizi previsti dalla normativa.

Occorre intervenire sul personale e sugli spazi, con particolare attenzione alle sedi che necessitano di riqualificazione, e collocare adeguatamente i servizi consultoriali nelle Case della Comunità, garantendo privacy e accessibilità.

La rete deve essere integrata con i punti nascita, i servizi distrettuali e sociali, i reparti ospedalieri di ginecologia, la rete antiviolenza e i centri antiviolenza.

Particolare attenzione deve essere assicurata alle persone con background migratorio e alle persone LGBTQIA+, contrastando ogni discriminazione e garantendo operatori formati e percorsi appropriati.

La programmazione deve essere fondata sull'analisi epidemiologica dei bisogni e deve comprendere anche la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili, la promozione della fertilità e l'informazione sui servizi disponibili.

3. EMERGENZA-URGENZA E RETE OSPEDALIERA

Il sistema di emergenza-urgenza

Il sistema di emergenza-urgenza rappresenta uno dei pilastri fondamentali del Servizio Sanitario Regionale e costituisce, per le persone, il punto nel quale il diritto alla salute assume la sua forma più concreta e immediata.

Soprattutto in relazione alla conformazione dell'Umbria, territorio eterogeneo, con piccoli Comuni e aree distanti dai presidi ospedalieri, occorre seguire il principio di equità territoriale secondo cui il luogo di residenza non deve determinare la qualità o la tempestività del soccorso.

Il 118 non è soltanto un servizio di trasporto sanitario: è una rete clinica e organizzativa che deve essere in grado di riconoscere tempestivamente il bisogno, garantire la prima assistenza, stabilizzare il paziente, individuare il percorso più appropriato e accompagnarlo rapidamente verso la struttura capace di assicurare le cure necessarie.

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale deve assumere il 118 come servizio strategico regionale unico e integrato, superando l'attuale frammentazione tra aziende sanitarie, centrale operativa, mezzi, Pronto Soccorso, ospedali ed elisoccorso.

Vanno risolte le criticità unificando la governance, accrescendo la conoscenza del territorio da parte della Centrale Operativa Umbria-Rieti (COUR), migliorando l'appropriatezza dei protocolli dell'elisoccorso e garantendo omogeneità nella formazione.

Le proposte principali che il PD avanza sono:

- una rete unica regionale, con procedure omogenee, piattaforma di monitoraggio in tempo reale e tracciabilità del percorso del paziente;
- più professionalità, attraverso programmazione pluriennale, stabilizzazione dei precari, carriere specifiche e formazione continua;
- un modello flessibile di mezzi di soccorso avanzato — ambulanze, mezzi infermieristici, automediche ed elisoccorso — che punti alla capacità complessiva di risposta e non soltanto al numero dei mezzi;
- digitalizzazione attraverso geolocalizzazione, telemedicina, cartella clinica interoperabile e intelligenza artificiale come strumento di supporto, insieme a un cruscotto regionale di indicatori per la trasparenza;
- formazione della popolazione e coordinamento con Protezione Civile, Vigili del Fuoco e volontariato.

Anche nell'emergenza devono essere rafforzati i collegamenti con i servizi sociali e territoriali quando il bisogno della persona non è esclusivamente sanitario.

Per assicurare il servizio nelle aree interne occorre operare per una localizzazione delle postazioni basata su dati epidemiologici, tempi di percorrenza, viabilità, orografia, flussi turistici e patologie tempo-dipendenti, non soltanto sulla popolazione residente. Conta infatti la domanda reale di emergenza e la capacità di raggiungere ogni territorio in tempi appropriati.

Occorre inoltre aggiornare periodicamente la mappa regionale del rischio e dell'accessibilità al soccorso, garantire l'attivazione dell'elisoccorso con criteri uniformi, sviluppare elisuperfici strategiche e assicurare una copertura adeguata delle zone periferiche.

La rete ospedaliera

Il rafforzamento del territorio non può essere separato dal rilancio della rete ospedaliera.

L’Umbria ha bisogno di ospedali moderni, qualificati e integrati tra loro e con i servizi territoriali.

Il PD Umbria ritiene necessario procedere a un’ottimizzazione della rete ospedaliera attraverso la specializzazione e l’integrazione dei singoli presidi, attribuendo missioni assistenziali chiare e complementari e garantendo un adeguato ammodernamento tecnologico.

La rete ospedaliera deve essere concepita come un sistema regionale nel quale competenze, tecnologie e professionalità possano essere condivise e nel quale il cittadino possa ricevere la risposta più appropriata indipendentemente dal luogo nel quale accede al servizio.

Due Aziende ospedaliere da mantenere e rilanciare

Il PD Umbria ritiene necessario mantenere e rilanciare le due Aziende ospedaliere regionali, valorizzandone il ruolo strategico nella rete ospedaliera, nell’alta specializzazione, nella formazione e nella ricerca.

Le Aziende ospedaliere devono essere pienamente integrate nella programmazione regionale e nella rete con le Aziende USL, superando logiche di separatezza e garantendo percorsi condivisi.

La collaborazione con l’Università deve essere rafforzata, anche attraverso lo sviluppo di centri di ricerca avanzati e di percorsi di innovazione clinica e organizzativa.

Nel processo di riorganizzazione e rafforzamento della rete ospedaliera regionale dovrà essere valorizzato il ruolo dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, che assolve una duplice funzione: riferimento regionale per l’alta specialità, la formazione e la ricerca e, al tempo stesso, ospedale di riferimento della città e di un ampio bacino territoriale.

Questa duplice funzione richiede un modello organizzativo capace di coniugare alta specializzazione e prossimità, rafforzando il rapporto con i Distretti, le Case della Comunità, la medicina generale, gli Ospedali di Comunità e la rete dei servizi territoriali.

La rete ospedaliera dovrà essere organizzata secondo livelli di competenza e specializzazione definiti, favorendo l’integrazione tra i diversi presidi e una distribuzione appropriata delle attività, così da valorizzare le funzioni di maggiore complessità dell’Azienda Ospedaliera senza indebolire la risposta ai bisogni del territorio perugino.

Questa impostazione deve valere in modo analogo per l’Azienda Ospedaliera di Terni, valorizzandone il ruolo di riferimento per l’area ternana e, per le funzioni di maggiore complessità, per l’intero sistema regionale.

Il PD Umbria considera, inoltre, la realizzazione del nuovo Ospedale di Terni una priorità strategica della programmazione sanitaria regionale. Il nuovo presidio dovrà essere concepito non soltanto come ospedale di riferimento dell’area ternana, ma come struttura di rilievo per l’intero Servizio Sanitario Regionale, capace di rafforzare l’offerta di alta specialità, valorizzare le professionalità e le competenze presenti e contribuire a invertire la tendenza alla mobilità sanitaria passiva, sviluppando al contempo capacità di attrazione di pazienti da fuori regione.

Parimenti, dovrà essere completato il percorso di adeguamento e aggiornamento progettuale del nuovo ospedale di Narni-Amelia, in piena coerenza e integrazione con il percorso del nuovo Ospedale di Terni. In tale prospettiva, auspichiamo fin d’ora un percorso di integrazione dei presidi di Narni e

Amelia nell'Azienda Ospedaliera di Terni, finalizzato a una programmazione unitaria di funzioni, investimenti, tecnologie e professionalità.

La medesima logica dovrà essere perseguita per i presidi di Castiglione del Lago e Pantalla, da rafforzare comunque nel loro ruolo rispetto agli ambiti territoriali. Per questi presidi, la prospettiva di fusione con l'Azienda Ospedaliera di Perugia dovrà avere l'obiettivo di ridisegnare per ciascuna struttura un'identità qualificata, andando oltre il solo decongestionamento e assicurando percorsi più brevi nei diversi livelli di cura ospedaliera per i pazienti del bacino di riferimento, con funzioni chiare e tecnologicamente avanzate e con hub dedicati a specialistiche ospedaliere a basso rischio clinico, nell'ottica di rilanciare e valorizzare tali strutture in una prospettiva di servizi a rete su tutto il territorio regionale.

L'obiettivo deve essere quello di superare la separazione tra ospedale e territorio, garantendo continuità della presa in carico e una collaborazione strutturata tra gli ospedali di Perugia e Terni, gli altri presidi ospedalieri e la rete territoriale regionale.

Questa integrazione deve essere sostenuta da protocolli di collaborazione e percorsi assistenziali condivisi, definiti a livello regionale e attuati tra Aziende ospedaliere e Aziende USL, così da superare la logica di aziende autonome che operano in modo separato o competitivo e costruire invece una rete nella quale ogni struttura contribuisca alla missione complessiva del Servizio Sanitario Regionale.

Ospedale e territorio

Il principio guida deve essere quello della continuità:

territorio → ospedale → territorio

La dimissione ospedaliera deve essere accompagnata dalla presa in carico territoriale.

Questo richiede una connessione effettiva tra ospedali hub, spoke e di base, Ospedali di Comunità, Distretti, Case della Comunità, medicina generale, assistenza domiciliare, servizi sociali e Ambiti Territoriali Sociali.

Le dimissioni protette devono diventare una funzione strutturale della rete, con procedure condivise e responsabilità chiare, affinché nessuna persona fragile venga dimessa senza che sia stato costruito il successivo percorso assistenziale.

Gli ospedali dell'emergenza-urgenza

Il PD Umbria sostiene l'impegno della Regione per superare l'articolazione della rete regionale dell'emergenza-urgenza prevista dalla DGR n. 1399 del dicembre 2023, amministrazione Tesei, a partire dal superamento dell'esperienza del "terzo polo ospedaliero".

Riconosce nei DEA di I livello i punti di riferimento strutturali della rete ospedaliera regionale, da consolidare attraverso adeguati investimenti in risorse umane, tecnologie e integrazione dei servizi.

In questa prospettiva, i presidi ospedalieri di Foligno, Città di Castello, Orvieto, Spoleto e Branca, nell'ambito delle rispettive funzioni e dei diversi livelli di organizzazione e qualificazione dell'offerta assistenziale, svolgono un ruolo essenziale per la sicurezza e l'accessibilità delle cure, anche alla luce delle specifiche caratteristiche geografiche, demografiche e territoriali dell'Umbria e dell'esigenza di garantire tempi di accesso appropriati all'assistenza in emergenza.

Tale articolazione costituisce un riferimento nella programmazione regionale alla luce delle specifiche caratteristiche territoriali. Il rafforzamento della rete dovrà pertanto avvenire attraverso una nuova integrazione funzionale e organizzativa tra i diversi presidi e servizi, il potenziamento delle risorse professionali e tecnologiche e l'individuazione delle soluzioni organizzative più appropriate.

In questo quadro, il PD Umbria sostiene la valorizzazione del ruolo dell'ospedale di Foligno quale nodo spoke di primo livello qualificato all'interno della rete regionale, in quanto parte integrante dell'equilibrio complessivo del sistema sanitario regionale, consolidandone la funzione di presidio centrale per un'area vasta, da Bastia e Assisano fino a Foligno e al comprensorio circostante. A tal fine sono indispensabili investimenti in personale medico e infermieristico e nel rinnovo di attrezzature e tecnologie, nonché, alla luce del superamento del "terzo polo", una procedura che superi la formula dei primariati a scavalco, senza necessità di nuovo concorso.

Rispetto al tema della sostenibilità economica, riteniamo che questa non possa essere perseguita attraverso un indebolimento della rete. Occorre garantire cure sicure, tempestive e di qualità a tutte e tutti, con particolare attenzione alle aree interne. Ciò significa difendere la qualità della rete ospedaliera regionale, le alte specializzazioni e la qualificazione degli ospedali hub e spoke, la funzionalità specifica degli ospedali di base, il governo clinico unitario con percorsi condivisi e responsabilità chiare tra Aziende ospedaliere e USL, la sicurezza e la riduzione del rischio clinico per l'alta complessità e le patologie tempo-dipendenti.

Allo stesso tempo devono essere garantite sul territorio le urgenze a bassa e media complessità, la diagnostica, la chirurgia programmata, la riabilitazione, le cure intermedie e la gestione della cronicità, evitando spostamenti inutili per i pazienti, minimizzando i tempi di percorrenza, assumendo deroghe motivate e trasparenti e valorizzando criteri di riparto fondati sulla densità e sulla dispersione territoriale.

4. PERSONE, PROFESSIONI E FORMAZIONE

Non esiste riforma della sanità e del welfare senza investimento nelle persone che vi lavorano.

Il personale rappresenta la principale infrastruttura del sistema pubblico.

Il PD Umbria ritiene pertanto che la programmazione del personale debba avere la stessa centralità degli investimenti edilizi e tecnologici.

Ogni nuova struttura deve essere accompagnata dalla disponibilità delle risorse professionali necessarie a garantirne il funzionamento.

Rafforzare gli organici

Il nuovo Piano dovrà individuare una strategia regionale per:

- rafforzare gli organici;
- programmare il fabbisogno professionale;
- valorizzare le competenze;
- migliorare le condizioni di lavoro;
- ridurre la precarietà;
- stabilizzare i professionisti, mirando all'azzeramento dei gettonisti;
- rafforzare formazione e aggiornamento;
- valorizzare tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali;

- investire nel rafforzamento del legame di fiducia e appartenenza dei professionisti con la sanità pubblica.

La carenza di personale deve essere affrontata con una programmazione pluriennale e con priorità esplicite.

Particolare attenzione deve essere dedicata alle figure mediche e alle strategie necessarie a rendere il Servizio Sanitario Regionale capace di attrarre e trattenere professionisti, contrastando le dimissioni e l'abbandono delle strutture pubbliche.

Occorre intervenire sulle condizioni di lavoro, sulle opportunità di crescita professionale, sulla formazione, sulla qualità organizzativa e sulla valorizzazione delle competenze, così da rendere il sistema pubblico più competitivo e capace di fidelizzare il proprio personale.

Professioni sanitarie e sociali

Il nuovo modello territoriale richiede una piena valorizzazione di tutte le professioni che operano nel sistema sanitario, sociosanitario e sociale.

Medici, infermieri, fisioterapisti, ostetriche, professionisti della prevenzione, tecnici sanitari, professionisti della riabilitazione, professionisti dell'area tecnico-assistenziale, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali e tutte le altre figure devono essere pienamente riconosciuti nella programmazione e nelle équipe multiprofessionali, ciascuno secondo le proprie competenze e responsabilità.

La costruzione di un sistema integrato richiede una piena valorizzazione delle competenze professionali e il superamento di modelli organizzativi nei quali alcune professioni siano considerate semplicemente complementari.

L'assistente sociale, inoltre, deve essere riconosciuto come figura fondamentale nei percorsi di presa in carico della fragilità e nell'integrazione tra servizi sanitari e sociali.

La formazione comune tra professioni sanitarie e sociali deve diventare uno strumento per superare le separatezze organizzative e costruire una cultura condivisa della presa in carico.

Università, formazione e ricerca

L'Università rappresenta una risorsa strategica per il futuro del sistema regionale.

Il PD Umbria ritiene necessario rafforzare la collaborazione tra Università, Aziende ospedaliere e Aziende USL, sviluppando percorsi condivisi di formazione e ricerca e favorendo la nascita di centri di eccellenza e innovazione.

I servizi territoriali devono essere riconosciuti come luoghi qualificati di formazione.

5. SANITÀ DIGITALE E INNOVAZIONE

La trasformazione digitale deve diventare uno strumento concreto per migliorare l'accesso ai servizi, la continuità assistenziale e la capacità di programmazione.

Il PD Umbria ritiene necessario procedere verso una maggiore integrazione e centralizzazione dei sistemi informativi regionali, garantendo interoperabilità e disponibilità dei dati sanitari, epidemiologici e sociali nel rispetto delle necessarie garanzie di protezione.

La digitalizzazione deve essere orientata alla persona e ai professionisti, evitando che si traduca in un ulteriore aggravio burocratico e valorizzando invece gli strumenti capaci di semplificare l'accesso, migliorare la continuità assistenziale e sostenere le decisioni cliniche e organizzative.

Intelligenza artificiale

L'intelligenza artificiale rappresenta una delle principali trasformazioni tecnologiche che interesseranno il sistema sanitario nei prossimi anni e deve essere inserita a pieno titolo nella programmazione regionale.

Il suo utilizzo deve essere orientato al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, della prevenzione, della diagnosi, della personalizzazione dei percorsi assistenziali, della ricerca e dell'organizzazione dei servizi, senza sostituire la responsabilità professionale e la relazione tra persona e professionista.

L'intelligenza artificiale può contribuire, tra l'altro, all'analisi dei dati epidemiologici, all'individuazione precoce dei fattori di rischio, al supporto diagnostico e decisionale, alla gestione delle immagini, alla programmazione dei servizi, al monitoraggio degli esiti e all'ottimizzazione dei percorsi assistenziali.

Il Piano dovrà quindi prevedere una strategia regionale per l'intelligenza artificiale in sanità, definendo criteri di sicurezza, trasparenza, verificabilità, protezione dei dati, supervisione professionale e valutazione degli impatti.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata alla formazione dei professionisti e alla capacità del sistema pubblico di governare queste tecnologie, evitando dipendenze tecnologiche non controllate e garantendo che l'innovazione rimanga al servizio dell'interesse pubblico.

La telemedicina, la teleassistenza e la tele-riabilitazione devono essere sviluppate come strumenti integrati nella rete dei servizi, in particolare nelle aree interne e nei percorsi di presa in carico delle cronicità, senza sostituire, quando non appropriato, la relazione diretta tra professionisti e persone.

Innovazione e liste d'attesa

La gestione delle liste d'attesa deve essere integrata con l'innovazione dei sistemi informativi.

Ogni persona deve poter essere orientata verso il percorso appropriato e il sistema regionale deve poter conoscere domanda, offerta e tempi di accesso.

La tecnologia deve sostenere il governo pubblico delle liste d'attesa e non limitarsi a registrare il problema.

Il governo delle liste d'attesa deve partire anche dall'appropriatezza della domanda. Non è possibile affrontare strutturalmente i tempi di attesa senza agire sul filtro della domanda, attraverso l'appropriatezza prescrittiva e l'orientamento delle persone verso il percorso diagnostico, specialistico o assistenziale realmente necessario.

In questo quadro assume particolare rilievo il ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri, insieme ai servizi di prevenzione e alla rete territoriale, nell'orientare la domanda e promuovere un uso appropriato dei servizi.

Ricerca e innovazione organizzativa

La collaborazione tra rete sanitaria, sociale e Università deve essere utilizzata per sviluppare ricerca applicata e valutare gli esiti dei nuovi modelli organizzativi.

L'innovazione deve essere accompagnata dalla capacità di misurare ciò che funziona, correggere ciò che non produce risultati e diffondere le esperienze efficaci.

6. GOVERNANCE, INTEGRAZIONE E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

La riforma del sistema sanitario e sociale umbro richiede una nuova capacità di governo pubblico.

La Regione deve tornare a esercitare pienamente la propria funzione di indirizzo, programmazione, coordinamento e verifica, costruendo un sistema nel quale le diverse componenti sanitarie, sociali e sociosanitarie operino secondo obiettivi comuni.

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale deve quindi definire non soltanto che cosa deve essere realizzato, ma anche come il sistema deve essere governato, quali responsabilità devono essere attribuite ai diversi livelli istituzionali e quali strumenti devono essere utilizzati per verificare il raggiungimento degli obiettivi.

Una nuova governance regionale

Il PD Umbria ritiene necessario rafforzare il ruolo della Regione come soggetto responsabile della programmazione strategica del sistema sociosanitario regionale.

Questo richiede un rafforzamento delle strutture tecniche e amministrative regionali, in grado di sostenere le decisioni politiche con capacità di analisi, programmazione, monitoraggio e valutazione degli esiti.

La governance regionale deve mettere in relazione in modo stabile:

- Regione e strutture dell'Assessorato;
- Aziende USL;
- Aziende ospedaliere;
- Distretti;
- Comuni e Ambiti Territoriali Sociali;
- Università;
- professionisti;
- Terzo settore e cooperative sociali;
- associazionismo;
- soggetti privati accreditati.

La programmazione deve essere regionale negli indirizzi e negli obiettivi, ma capace di valorizzare la dimensione territoriale e la conoscenza dei bisogni delle comunità.

La partecipazione deve diventare un elemento strutturale della governance, non un momento occasionale di consultazione, dal livello regionale a quello di Distretto/Zona Sociale.

Comuni e Sindaci, in quanto rappresentanti delle comunità locali, devono essere coinvolti nella definizione delle scelte che riguardano l'organizzazione dei servizi e la risposta ai bisogni sociali e sanitari dei territori.

Occorre pertanto costruire sedi e strumenti permanenti di confronto e verifica, attraverso i quali rendere più trasparente la programmazione e consentire una valutazione condivisa dell'attuazione del Piano.

Terzo settore: ruoli e coprogettazione

Cooperazione sociale e associazionismo, con ruoli distinti ma integrati, partecipano alla rilevazione dei bisogni, alla coprogettazione e alla verifica dei servizi.

Le cooperative sociali sono parte strutturale del sistema sanitario e sociale umbro, imprese capaci di offrire professionalità, adattamento alle mutevoli esigenze di intervento, esperienza e conoscenza delle comunità territoriali. Vanno valorizzate superando gli appalti al massimo ribasso a favore di forme di accreditamento e coprogettazione basate sulla qualità.

L'associazionismo ha invece un ruolo sussidiario e complementare, non sostitutivo, e contribuisce a rendere la persona malata parte attiva del proprio percorso di cura.

USL e Aziende ospedaliere: un sistema più integrato

Il PD Umbria ritiene che la discussione sull'assetto istituzionale non debba essere affrontata come una semplice questione numerica. La priorità è costruire un sistema nel quale le strutture esistenti siano messe nelle condizioni di operare in modo più integrato, superando duplicazioni, frammentazioni e separatezze che non producono valore per i cittadini.

Per questo riteniamo necessario valorizzare l'attuale articolazione in due Aziende USL e due Aziende ospedaliere, rafforzando al tempo stesso la rete dei Distretti e il ruolo strategico delle due Aziende ospedaliere regionali.

L'integrazione deve essere perseguita innanzitutto sul piano operativo e funzionale, favorendo una maggiore collaborazione tra ospedale e territorio e tra le diverse aziende, senza determinare una perdita di prossimità dei servizi o una riduzione della capacità di risposta ai bisogni dei territori.

In tale prospettiva, la definizione della rete ospedaliera potrà comportare anche una verifica dell'attuale articolazione territoriale delle Aziende USL, valutando eventuali adeguamenti che risultino funzionali a una maggiore efficienza organizzativa, a una più coerente integrazione dei servizi e a una migliore corrispondenza con gli assetti territoriali, fermo restando l'obiettivo di salvaguardare la prossimità e la qualità dell'assistenza.

Particolare attenzione deve essere posta all'integrazione e alla gestione coordinata delle attività che non attengono direttamente alla funzione sanitaria e assistenziale. Esistono infatti ambiti nei quali una maggiore integrazione tra le aziende può consentire di superare duplicazioni, uniformare procedure, rafforzare la capacità amministrativa e utilizzare in modo più efficiente le risorse.

Tale processo deve riguardare innanzitutto le due Aziende USL, favorendo forme strutturate di collaborazione e, dove possibile, di gestione integrata delle funzioni amministrative, tecniche e gestionali. La stessa logica deve essere estesa, in una prospettiva regionale, anche alle due Aziende ospedaliere, costruendo modalità di coordinamento e integrazione tra tutte e quattro le aziende sanitarie regionali.

L'obiettivo è sviluppare un modello nel quale le funzioni che possono essere organizzate in modo unitario o coordinato siano progressivamente integrate, mantenendo invece in capo alle singole aziende le responsabilità e le funzioni direttamente connesse alle rispettive missioni sanitarie e assistenziali.

L'integrazione potrà riguardare, in particolare:

- gestione e programmazione del personale e delle relative funzioni amministrative;
- acquisti, approvvigionamenti e procedure di gara;
- sistemi informativi e digitalizzazione;
- gestione, valorizzazione e manutenzione del patrimonio;
- edilizia sanitaria e programmazione degli investimenti;
- logistica e gestione dei servizi comuni;
- servizi amministrativi, tecnici e di supporto;
- altre funzioni suscettibili di gestione coordinata o integrata.

In questa prospettiva può essere valutata la costituzione di una struttura stabile di integrazione tra le aziende sanitarie regionali, con funzioni di coordinamento e supporto, evitando la creazione di un ulteriore livello burocratico e favorendo invece processi concreti di condivisione, standardizzazione e gestione comune.

L'obiettivo non è dunque aggiungere nuovi livelli organizzativi, ma integrare ciò che può essere integrato, ridurre le duplicazioni, aumentare la capacità amministrativa e liberare risorse da destinare alle attività di cura, prevenzione e assistenza.

Le quattro aziende devono mantenere le proprie responsabilità, la propria autonomia operativa e la propria specificità, ma devono essere messe nelle condizioni di condividere e integrare sempre più le funzioni non direttamente sanitarie, operando come componenti coordinate di un unico Servizio Sanitario Regionale.

Integrazione tra sanità e sistema sociale

Il nuovo Piano deve riconoscere ai Comuni e agli Ambiti Territoriali Sociali un ruolo effettivo nella programmazione e nella valutazione dei servizi, rafforzando il rapporto con i Distretti sanitari.

Occorre superare la separazione tra programmazione sanitaria e programmazione sociale, costruendo strumenti comuni per la lettura dei bisogni, la definizione delle priorità, la presa in carico e la valutazione degli esiti.

Va ripristinato un Piano di Azione Territoriale a livello di Distretto/Zona Sociale, quale atto di programmazione sanitaria e di integrazione sociosanitaria con i Comuni, sul quale chiamare i Sindaci del territorio a costruire e decidere, in coordinamento con il Piano Socio-Sanitario Regionale.

Il Piano di Azione Territoriale dovrà prevedere sistemi di verifica dell'attuazione e percorsi partecipativi con il Terzo settore e la popolazione, sia ex ante sia ex post.

La Regione deve garantire un quadro unitario di indirizzi e standard, lasciando al territorio la possibilità di adattare l'organizzazione dei servizi alle caratteristiche della popolazione e ai bisogni delle comunità.

La programmazione sociosanitaria deve inoltre coinvolgere stabilmente il Terzo settore e la cooperazione sociale, valorizzandone il radicamento territoriale e la capacità di costruire risposte innovative, attraverso strumenti di co-programmazione e co-progettazione.

Misure per le aree interne

Il diritto alla salute si misura con tempi di accesso, sicurezza dei percorsi e continuità delle cure sanitarie e sociosanitarie.

Nelle aree periferiche o interne vanno assicurati servizi territoriali ad alta valenza e misure incentivanti per il mantenimento di servizi e presidi, a cominciare dal personale.

Va sollecitata e attuata, anche nell'ambito dell'autonomia regionale, la legge n. 131/2025, che riconosce le zone montane come aree strategiche nazionali e mira a rafforzare servizi essenziali come la sanità. La legge prevede, tra le altre misure, specifici strumenti di sostegno per il personale sanitario che opera nei comuni montani, compresi incentivi e agevolazioni legati alla permanenza e all'abitazione.

Nel Piano Socio-Sanitario Regionale vanno considerate alcune diffuse buone pratiche e proposte avanzate dal PD anche sul Piano nazionale:

- incentivi al personale: indennità di sede disagiata, alloggi, accordi con le Università e rotazioni tra ospedali hub e presidi di periferia;
- infermiere di famiglia e di comunità, con presa in carico dei cronici a domicilio;
- ambulatori mobili e servizi itineranti per screening e visite nei Comuni più isolati;
- telemedicina in rete hub-spoke: teleconsulto, teleradiologia, telecardiologia ed ECG a distanza e teleictus, che permettano di trattare in periferia e decidere tempestivamente l'eventuale trasferimento;
- elisoccorso e 118 con tempi garantiti, anche notturni, e punti di stabilizzazione nelle zone remote;
- farmacia dei servizi, con le farmacie rurali come presidio per screening, prenotazioni e telemedicina di primo livello;
- cooperazione tra Comuni e Distretti attraverso patti di comunità, come nelle aree pilota della SNAI.

Sanità pubblica e soggetti privati

Il PD Umbria considera la centralità del sistema pubblico un principio fondamentale della programmazione sanitaria regionale.

La Regione e le Aziende sanitarie devono mantenere pienamente la responsabilità di programmare, governare e verificare l'offerta sanitaria e sociosanitaria, definendo fabbisogni, priorità, volumi di attività e standard qualitativi.

Il rapporto con il privato accreditato deve essere ricondotto all'interno di questa funzione di governo pubblico.

Il privato può concorrere all'erogazione delle prestazioni quando ciò risponda a esigenze effettivamente individuate dalla programmazione regionale e contribuisca a garantire appropriatezza, qualità, accessibilità e tempestività delle cure.

L'accreditamento e la contrattualizzazione non possono tuttavia trasformarsi in una delega della funzione di programmazione o in un meccanismo automatico di trasferimento di risorse dal pubblico al privato.

In particolare, occorre evitare che l'espansione dell'offerta privata avvenga in assenza di una valutazione del fabbisogno complessivo e della capacità del sistema pubblico di garantire direttamente quelle prestazioni.

Per diagnostica, specialistica ambulatoriale, assistenza territoriale e cure domiciliari, il sistema pubblico deve mantenere la capacità di governare domanda, offerta, volumi, qualità e tempi di accesso, utilizzando anche l'offerta privata accreditata in modo programmato e complementare.

Il criterio deve essere quello dell'interesse pubblico: prima la programmazione del bisogno, poi l'organizzazione della risposta e, all'interno di questa, l'utilizzo delle diverse capacità disponibili.

Questo approccio deve consentire di contenere la crescita non programmata della spesa verso il privato e, allo stesso tempo, di utilizzare tutte le risorse presenti nel sistema quando siano effettivamente necessarie a garantire il diritto alla salute.

Governo pubblico delle liste d'attesa

Il governo delle liste d'attesa deve rappresentare una responsabilità diretta del sistema pubblico.

La Regione deve disporre di strumenti informativi capaci di conoscere in modo puntuale domanda, offerta, tempi di accesso e distribuzione territoriale delle prestazioni.

Il Distretto deve recuperare un ruolo centrale nella programmazione dell'offerta territoriale, mentre la Regione deve garantire il coordinamento complessivo, la definizione degli standard e il monitoraggio dei risultati.

L'eventuale ricorso all'offerta privata deve essere inserito in questo sistema di governo e non utilizzato come risposta separata alla crescita delle liste d'attesa.

Contestualmente, occorre contrastare il "consumismo sanitario" attraverso l'educazione sanitaria diffusa della popolazione, realizzata anche attraverso i Medici di Medicina Generale e i Pediatri e i servizi di prevenzione delle USL, liberando risorse e spazi per chi necessita effettivamente e con urgenza di visite e interventi specialistici e riducendo strutturalmente le liste d'attesa.

A questo deve accompagnarsi un più forte governo della domanda attraverso l'appropriatezza prescrittiva e l'orientamento dei cittadini verso il percorso di cura più appropriato. Senza un'azione sull'appropriatezza della domanda, infatti, il sistema rischia di limitarsi ad aumentare l'offerta senza intervenire sulle cause strutturali della crescita delle richieste.

Investimenti, patrimonio e sostenibilità

La programmazione degli investimenti deve essere regionale e pluriennale e deve considerare congiuntamente edilizia sanitaria, tecnologie, personale, innovazione e manutenzione del patrimonio.

Ogni investimento deve essere valutato sulla base del bisogno assistenziale, della sostenibilità economica, dei tempi di realizzazione e della capacità di produrre un effettivo miglioramento dei servizi.

La realizzazione di nuove strutture o il rinnovo di quelle esistenti deve privilegiare, ove possibile e sostenibile, il ricorso a risorse pubbliche, evitando che scelte di carattere finanziario determinino vincoli di lungo periodo sulla capacità del sistema pubblico.

Il nuovo ospedale di Terni rappresenta una priorità e deve essere affrontato verificando in via prioritaria le possibilità offerte dalle risorse pubbliche e definendo un percorso realizzativo certo e compatibile con le esigenze della popolazione.

Gli investimenti edilizi non devono inoltre comprimere le risorse necessarie per il personale, la prevenzione, le tecnologie, la salute mentale e il rafforzamento dei servizi territoriali.

LA SALUTE MENTALE, LE CURE PALLIATIVE E LA RIABILITAZIONE: AREE CLINICO-ASSISTENZIALI TRASVERSALI

Salute mentale: una priorità trasversale

La salute mentale deve essere una componente strutturale della nuova programmazione sanitaria e sociale.

Il Piano dovrà riconoscere esplicitamente il ruolo del Dipartimento di Salute Mentale e rafforzare la collaborazione operativa con il Dipartimento delle Dipendenze.

L'obiettivo dell'integrazione deve essere perseguito attraverso un percorso organizzativo concreto, evitando che una semplice ridenominazione delle strutture produca una perdita di identità o di capacità operativa.

Il PD Umbria ritiene prioritario:

- rafforzare personale e risorse dei servizi;
- mantenere la centralità territoriale della psichiatria di comunità;
- garantire la continuità assistenziale anche nelle ore notturne e festive;
- affrontare con urgenza le liste d'attesa dell'età evolutiva;
- superare il ricovero promiscuo di minori e adulti;
- integrare la salute mentale nelle Case della Comunità;
- rafforzare la salute mentale nelle carceri;
- valorizzare il Terzo settore;
- costruire politiche di inclusione lavorativa;
- integrare i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione nella rete della salute mentale;
- rafforzare il rapporto tra servizi territoriali, Università e ricerca.

Per le persone con problemi di salute mentale deve inoltre essere sviluppata una vera politica del lavoro, rafforzando i servizi di accompagnamento, le convenzioni previste dalla normativa e gli strumenti di public procurement sociale.

Medicina di genere e personalizzata: appropriatezza, efficacia e sostenibilità

La ricerca scientifica, le tecnologie avanzate, l'epidemiologia, la digitalizzazione e le nuove conoscenze mediche permettono oggi di sviluppare in modo sistematico la medicina di genere, che considera l'influenza del genere su fisiologia, fisiopatologia e clinica delle malattie, e la medicina personalizzata, che consente di individualizzare terapie e farmaci anche sulla base delle caratteristiche genetiche e biologiche della persona.

Questi approcci possono migliorare appropriatezza ed efficacia delle cure, riducendo interventi e somministrazioni non necessari, effetti indesiderati e reazioni avverse. Possono inoltre produrre ricadute positive sul piano organizzativo ed economico, contribuendo a rendere più sostenibili le strategie basate sulla risposta individuale alle terapie.

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale deve assumere questo approccio in modo trasversale, promuovendo ricerca, formazione e applicazione clinica.

Cure palliative

Le cure palliative devono essere riconosciute come componente strutturale della rete sanitaria e sociosanitaria regionale, garantendo accesso equo e tempestivo alle persone affette da malattie inguaribili e alle loro famiglie, indipendentemente dal luogo di residenza e dalla patologia.

Il nuovo Piano dovrà rafforzare la rete delle cure palliative, integrando hospice, assistenza domiciliare, servizi territoriali, ospedali, medicina generale e servizi sociali, con particolare attenzione alla presa in carico domiciliare e alla continuità assistenziale.

Occorre garantire équipe multiprofessionali adeguatamente formate, sostenere i caregiver e assicurare percorsi condivisi per la gestione dei bisogni clinici, psicologici e sociali della persona.

La pianificazione regionale dovrà inoltre prevedere il monitoraggio dell'accessibilità e della qualità dei servizi, promuovendo una cultura delle cure palliative e della pianificazione condivisa delle cure, nel rispetto della dignità, dell'autodeterminazione e della qualità della vita della persona.

Il nuovo Piano dovrà sostenere la realizzazione e il pieno sviluppo dell'Hospice pediatrico di Assisi, quale presidio di riferimento regionale per l'accoglienza e la presa in carico dei bambini e degli adolescenti con patologie inguaribili e delle loro famiglie.

L'Hospice dovrà essere inserito pienamente nella rete regionale delle cure palliative pediatriche, in stretta integrazione con gli ospedali, i servizi territoriali, la pediatria di libera scelta, l'assistenza domiciliare e i servizi sociali.

La collocazione ad Assisi conferisce a questo progetto una particolare valenza, non soltanto sanitaria. Assisi è una città universalmente riconosciuta per il suo valore spirituale, per la cultura dell'accoglienza, della solidarietà e della cura della persona. Questa dimensione può rappresentare un elemento distintivo della struttura e contribuire alla costruzione di un luogo nel quale l'eccellenza sanitaria e assistenziale si accompagni all'attenzione alla dignità della persona, alla dimensione familiare, relazionale e spirituale della cura e alla qualità della vita.

L'obiettivo deve essere quello di costruire ad Assisi un presidio di eccellenza capace di coniugare qualità clinica, ricerca, formazione, prossimità e accoglienza, contribuendo a fare dell'Umbria un punto di riferimento nazionale nella rete delle cure palliative pediatriche e offrendo alle famiglie un luogo nel quale cura, dignità e qualità della vita siano poste al centro.

La riabilitazione

La riabilitazione deve essere considerata parte integrante e trasversale dei percorsi di cura, dalla fase acuta alla presa in carico territoriale, con l'obiettivo di recuperare e mantenere il massimo livello possibile di autonomia e qualità della vita.

Il nuovo Piano dovrà rafforzare la rete riabilitativa regionale, integrando strutture ospedaliere, servizi territoriali, assistenza domiciliare, medicina generale, servizi sociali e ambiti della disabilità e della non autosufficienza.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata alla continuità dei percorsi dopo la dimissione ospedaliera, alla riabilitazione domiciliare e alla tempestività dell'intervento, evitando interruzioni e permanenze inappropriate nelle strutture ospedaliere o residenziali.

La programmazione dovrà garantire un'offerta riabilitativa appropriata e omogenea sul territorio regionale, valorizzando le diverse professionalità coinvolte e promuovendo l'utilizzo della tele-riabilitazione e dell'innovazione tecnologica quando appropriato.

La riabilitazione dovrà inoltre essere strettamente integrata con il progetto di vita della persona con disabilità, con particolare attenzione all'autonomia, all'inclusione sociale e lavorativa e alla permanenza nel proprio ambiente di vita.

Fragilità, lavoro e inclusione

La presa in carico della fragilità e la costruzione di percorsi che favoriscano autonomia e formazione devono superare la logica della sola assistenza.

Per le persone con disabilità, problemi di salute mentale, dipendenze o altre condizioni di vulnerabilità devono essere costruiti percorsi che favoriscano autonomia, formazione, inserimento lavorativo e partecipazione sociale.

Il lavoro deve essere considerato anche uno strumento di inclusione e di salute.

Particolare attenzione deve essere rivolta ai giovani adulti in uscita dai percorsi scolastici e alle persone che rischiano di rimanere escluse dal mercato del lavoro.

Devono essere utilizzati pienamente gli strumenti disponibili per l'inserimento lavorativo e il public procurement sociale, valorizzando il ruolo della cooperazione sociale e delle imprese capaci di produrre inclusione.

Sostenibilità

La sostenibilità del sistema non può essere perseguita attraverso una semplice riduzione della spesa.

Deve essere costruita attraverso prevenzione, appropriatezza, presa in carico territoriale, riduzione dei ricoveri evitabili, integrazione dei servizi, innovazione e migliore utilizzo delle risorse.

Per la salute mentale il PD Umbria ritiene necessario rendere trasparenti le risorse attualmente destinate al settore e costruire un percorso di incremento progressivo, con l'obiettivo di raggiungere entro tre anni il 5% della spesa sanitaria regionale, rafforzando al tempo stesso l'integrazione con le risorse sociali.

La sostenibilità deve inoltre essere valutata considerando insieme costi sanitari e sociali: una presa in carico tempestiva e appropriata può evitare aggravamenti, ricoveri impropri, istituzionalizzazioni e situazioni di maggiore esclusione sociale.

UNA GOVERNANCE FONDATA SULLA VERIFICA DEI RISULTATI

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale deve infine introdurre una modalità più rigorosa di verifica dell'attuazione.

Gli obiettivi devono essere accompagnati da indicatori misurabili relativi, tra gli altri, a:

- accessibilità dei servizi;
- tempi di attesa;
- presa in carico;
- continuità assistenziale;
- qualità ed esiti delle cure;
- integrazione sociosanitaria;
- differenze territoriali;
- utilizzo delle risorse;
- condizioni del personale;
- sviluppo della domiciliarità;
- efficacia degli interventi di prevenzione.

La Regione deve rendere periodicamente conto dello stato di attuazione del Piano, consentendo ai cittadini, ai Comuni, agli operatori e alle rappresentanze sociali di verificare i risultati raggiunti.

La vera riforma della governance non consiste quindi nella semplice modifica degli assetti istituzionali, ma nella capacità di costruire un sistema regionale più integrato, più responsabile, più partecipato e maggiormente orientato ai risultati.

In questa prospettiva, mantenere due Aziende USL e due Aziende ospedaliere non significa conservare immutato l'attuale sistema: significa utilizzare l'assetto istituzionale esistente come base per una profonda riorganizzazione delle modalità di funzionamento, integrando le aziende, rafforzando il ruolo della Regione, valorizzando i territori e riportando al centro la qualità della risposta alle persone.

LA PARTECIPAZIONE COME PRESUPPOSTO

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale, per il suo rilievo e la sua importanza, necessita di un percorso chiaro, partecipato e condiviso prima di essere definito e adottato.

Occorre coinvolgere tutti gli attori politici, sociali, istituzionali e professionali che operano in questa materia: esperti e studiosi, a partire da chi ha maturato una lunga esperienza nel sistema sanitario umbro; le organizzazioni sindacali confederali e quelle delle categorie sanitarie; gli Ordini professionali e i rappresentanti delle professioni sanitarie; i Comuni e gli altri soggetti istituzionali; il Terzo settore, la cooperazione sociale e l'associazionismo; le Università; i soggetti politici e le forze sociali interessate.

La partecipazione deve essere effettiva e avvenire nella fase di costruzione del Piano, non soltanto dopo che l'impianto è stato definito. Una partecipazione esclusivamente ex post, infatti,

difficilmente può produrre modifiche sostanziali a un documento già strutturato secondo una propria impostazione.

La struttura tecnica regionale dovrà avere il compito di tradurre gli indirizzi politici e scientifici emersi dal confronto in strumenti, procedure e proposte operative, garantendo al tempo stesso la trasparenza del processo e la restituzione degli esiti della partecipazione.

Il percorso dovrà prevedere momenti di confronto sia a livello regionale sia territoriale, valorizzando il ruolo dei Distretti, dei Comuni, degli Ambiti Territoriali Sociali, dei professionisti, delle organizzazioni sociali e delle comunità locali.

La partecipazione non deve quindi essere considerata un adempimento formale, ma uno strumento per migliorare la qualità della programmazione, verificare la coerenza delle scelte con i bisogni reali e costruire una maggiore condivisione degli obiettivi e delle modalità di attuazione del Piano.

LE PRIORITÀ DELLA LEGISLATURA

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale dovrà tradurre questi indirizzi in obiettivi verificabili.

Il PD Umbria individua otto priorità, ordinate secondo i sei cantieri della nuova programmazione, alle quali si affiancano due principi trasversali che devono orientare l'intera legislatura.

1. Investire sulla prevenzione e sulla salute lungo tutto l'arco della vita

Rendere strutturale l'approccio One Health, rafforzare le politiche di promozione della salute e di contrasto alle disuguaglianze, intervenire sui principali fattori di rischio e rafforzare la prevenzione dei problemi di salute mentale, con particolare attenzione all'età evolutiva e alle fasce di popolazione più vulnerabili.

2. Realizzare una vera sanità territoriale

Dare piena attuazione alle Case della Comunità, rafforzare i Distretti, valorizzare il ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri, sviluppare l'assistenza domiciliare e costruire una rete integrata con i servizi sociali, la riabilitazione e le strutture residenziali innovative.

3. Costruire una rete integrata per fragilità, disabilità e non autosufficienza

Rafforzare domiciliarità, progetto di vita, sostegno ai caregiver, servizi di prossimità e residenzialità, valorizzando l'Osservatorio sulla disabilità e costruendo percorsi capaci di promuovere autonomia, inclusione e qualità della vita.

4. Rafforzare e integrare emergenza-urgenza e rete ospedaliera

Garantire tempi di soccorso appropriati, mantenere e rilanciare le due Aziende ospedaliere, specializzare e integrare i presidi, rafforzare la collaborazione tra Perugia e Terni e tra ospedali e territorio attraverso protocolli e percorsi condivisi e ammodernare strutture e tecnologie senza indebolire la rete.

5. Investire nelle persone, nelle professioni e nella formazione

Definire un piano pluriennale per il personale sanitario, sociosanitario e sociale, valorizzando tutte le professioni, rafforzando le figure mediche e le professioni sanitarie, migliorando le condizioni di lavoro, riducendo la precarietà e adottando strategie per attrarre e trattenere i professionisti nel sistema pubblico.

Rafforzare la formazione, la ricerca e il rapporto con l'Università, valorizzando anche i servizi territoriali come luoghi di formazione e innovazione.

6. Rafforzare la sanità digitale e l'innovazione

Integrare i sistemi informativi, sviluppare telemedicina, teleassistenza e tele-riabilitazione, promuovere un uso responsabile e sicuro dell'intelligenza artificiale, utilizzare l'innovazione per migliorare accessibilità, continuità assistenziale e organizzazione dei servizi e sostenere la ricerca applicata alla salute e ai modelli organizzativi.

7. Ridurre concretamente le liste d'attesa attraverso il governo pubblico della domanda e dell'offerta

Restituire al sistema pubblico la piena capacità di governo delle liste d'attesa, intervenendo sull'offerta ma anche sulla domanda attraverso appropriatezza prescrittiva, orientamento dei cittadini e ruolo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri, utilizzando in modo programmato anche l'offerta privata accreditata quando necessario.

8. Integrare le funzioni e rafforzare la governance del sistema

Mantenere due Aziende USL e due Aziende ospedaliere, accompagnando questo assetto con una forte integrazione delle funzioni amministrative, tecniche e di supporto, rafforzando il ruolo della Regione, dei Distretti, dei Comuni, degli Ambiti Territoriali Sociali e del Terzo settore e costruendo un sistema permanente di verifica dei risultati.

DUE PRINCICI TRASVERSALI

Ridurre le disuguaglianze territoriali

Garantire che innovazione e riorganizzazione non producano nuove distanze tra aree urbane, aree interne e territori periferici. Ogni scelta deve essere valutata anche sulla base della sua capacità di garantire equità di accesso, tempi appropriati, continuità assistenziale e qualità delle cure in tutti i territori dell'Umbria.

Governare l'attuazione del Piano

Definire un cronoprogramma di legislatura con obiettivi, responsabilità, risorse e indicatori verificabili, prevedendo momenti periodici di valutazione e rendicontazione pubblica dell'attuazione del Piano.

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale dovrà quindi tradurre questi indirizzi in una programmazione concreta, verificabile e partecipata, nella quale la qualità della risposta alle persone, l'integrazione tra servizi e professionisti, la prossimità e la sostenibilità del sistema rappresentino criteri permanenti di governo della sanità e del welfare.

Dopo anni di arretramento, il pubblico deve tornare a crescere. Dopo una sanità troppo spesso organizzata intorno alle strutture, la persona deve tornare al centro. Il passaggio verso una sanità territoriale deve avvenire non attraverso la riduzione dell'offerta, ma attraverso il rafforzamento dell'intero sistema pubblico.

È questa la direzione nella quale vogliamo accompagnare l'Umbria.