

TAVOLO SULLA SANITA'

DELLA COALIZIONE A SOSTEGNO DELLA PRESIDENTE STEFANIA PROIETTI

| | |
|---|---------|
| <u>SERVIZI TERRITORIALI</u> | Pag. 2 |
| <u>RETI OSPEDALIERE</u> | Pag. 6 |
| <u>SALUTE MENTALE</u> | Pag. 9 |
| <u>PROPOSTE VETERINARIE PER IL PSR</u> | Pag. 17 |
| <u>PER UN NUOVO PROTOCOLLO D'INTESA REGIONE-UNIVERSITA'</u> | Pag. 20 |

SERVIZI TERRITORIALI

Le forze della coalizione che ha sostenuto l'elezione della Presidente Proietti, sono state fin dai mesi della campagna elettorale, ben consapevoli che la sanità pubblica, intesa nella sua accezione più ampia, come sistema, che dovrebbe essere in grado di dare risposte alle istanze di salute, espresse e non, dei cittadini italiani, sta attraversando un periodo di crisi così profonda, da determinare, di fatto, il lento e progressivo scivolamento da un Servizio Sanitario Nazionale, fondato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità e di tutela di un diritto sancito dalla Costituzione, verso 21 diversi Sistemi Sanitari regionali governati dalle leggi del libero mercato. Altrettanta consapevolezza vi è stata, fin dall'inizio, rispetto al fatto che numerosi erano i fattori alla base di tale crisi, la maggior parte dei quali trovavano origine per lo meno nell'ultimo decennio:

- il profondo cambiamento del contesto epidemiologico, con l'aumento esponenziale della prevalenza delle malattie croniche, legate all'allungamento progressivo della vita media e la conseguente richiesta di continuità assistenziale, di integrazione tra i diversi livelli di cura e di un approccio multidisciplinare;
- il non adeguato finanziamento pubblico, neppure sufficiente a coprire l'incremento dovuto all'inflazione e tale da collocare il Paese accanto a quelli europei più poveri, per quanto attiene alla spesa sanitaria (intorno al 6,2 e quindi ben inferiore alla media OCSE, pari a circa al 9% del PIL);
- il progressivo depauperamento di risorse umane, sia medici che infermieri, causato dall'errata programmazione del fabbisogno, ma anche e soprattutto dal blocco delle assunzioni, associato al progressivo abbandono del SSN da parte di moltissimi addetti, con il risultato di avere circa 35.000 medici e 50.000 infermieri in meno.

Anche il Sistema Sanitario umbro è dentro questa crisi e su questa si è determinata la bocciatura del centro destra. Per questo che Il gruppo di lavoro, costituito da rappresentanti delle forze della coalizione che ha sostenuto l'elezione della Presidente Proietti, **ritiene fondamentale**, in questa fase di stesura del nuovo Piano Sanitario Regionale, **richiamare con forza l'attenzione dei programmatori sulla necessità di gettare le basi di una Nuova Sanità Pubblica Regionale, avviando la costruzione di un nuovo modo di farsi carico dei problemi della salute dei cittadini, attraverso un'organizzazione della sanità pubblica più moderna, integrata ed efficiente, meno burocratica e maggiormente tecnologica.**

In altre parole, il sistema di “offerta” non dovrà più essere centrato sull'assistenza erogata “in attesa” prevalentemente in strutture ospedaliere, come risposta ad eventi “acuti”, ma dovrà essere in grado di gestire “di iniziativa” bisogni assistenziali anche complessi, con una presa in carico “di prossimità”, cioè erogata il più possibile vicino al luogo di vita del cittadino, assieme alla comunità di riferimento.

Riteniamo quindi fondamentale nei prossimi 4 anni puntare al rafforzamento concreto della cosiddetta “assistenza primaria”, intesa come presa in carico globale, unitaria, personalizzata e multidisciplinare dei cittadini di un certo territorio, attraverso il potenziamento dei servizi socio-sanitari diffusi proprio in quel territorio e lo stretto collegamento con il contesto sociale ed economico della comunità stessa.

Questo sostanziale cambio di paradigma necessita di **alcune azioni ritenute imprescindibili, a partire dal mantenimento dell'attuale ripartizione delle Aziende USL in 6 Distretti ciascuna, in quanto tale articolazione ha dimostrato nel tempo di consentire un adeguato rapporto tra i Servizi e il territorio di competenza, permettendo una integrazione stretta con i relativi Comuni e con le Zone Sociali** nella gestione dei problemi di salute dei singoli. Limitate modifiche nella perimetrazione geografica dei Distretti potrà essere valutata al fine di adeguare gli stessi e le relative Zone Sociali a nuovi strumenti di programmazione quali ad esempio le Aree Interne.

Ci si rimette invece alla verifica della Giunta per quanto riguarda una eventuale nuova articolazione da dare al SSR, rispetto cioè al numero di Aziende USL e Aziende Ospedaliere.

Riteniamo quindi fondamentale:

- a) **dotare il sistema di un'attenta analisi epidemiologica del contesto**, imprescindibile per la presa in carico della cronicità, fondata su un unico robusto sistema informativo regionale e disponibile costantemente per i gestori;
- b) **stipulare un accordo innovativo con i MMG ed i Pediatri**, che superi la logica dei tradizionali obiettivi quantitativi, per arrivare alla valorizzazione di tale figura, che lo stesso D.M. 77 pone al centro di un rinnovato sistema territoriale. Il MMG ed il Pediatra deve essere messo nella condizione di passare dall'essere un semplice erogatore di prestazioni diagnostico-terapeutiche su richiesta, al diventare attore di una sanità proattiva e integrata, in grado di prendersi carico non solo della cronicità più semplice, ma anche di quella più complessa che si associa alla “fragilità” o ad una condizione di disagio sociale. Per avviare sostanzialmente questo cambiamento è necessario un forte investimento su questa figura professionale anche con incentivi per coprire le zone più periferiche, una vera sburocratizzazione della loro attività e la messa a disposizione di un **solido sistema informativo** comune, con la diretta partecipazione, per quota oraria, alle attività all'interno delle Case di Comunità come previsto dal Dlgs. 77 e dall'ACNL;
- c) **aprire subito una riflessione su quale modello organizzativo/strutturale assumere nella “costruzione” delle Case di Comunità**, con tutti i possibili portatori di interesse, dagli operatori alle associazioni dei

pazienti, ai Comuni, convinti come siamo, di non dover considerare la CdC come un semplice poliambulatorio o una struttura multiservizi, ma al contrario un luogo riconoscibile nella Città, che favorisca sia l'accesso del cittadino, che può così entrare concretamente in contatto con l'assistenza sanitaria e sociosanitaria di cui ha bisogno sia, contestualmente, il lavoro delle équipes multiprofessionali. Garantire l'integrazione socio-sanitaria è compito attribuito al Distretto, ed è proprio nelle Case di Comunità che è previsto che sia collocato il PUA (il Punto Unico di Accesso), dove la domanda di assistenza da parte dei cittadini deve trovare indirizzi e risposte integrate a bisogni complessi, sia sanitari che sociali, come del resto nelle UVM distrettuali. Il tema dell'integrazione socio-sanitaria è ancora più attuale a partire dalle importanti riforme nazionali sulla disabilità (L. 227/2021 e conseguente D.lgs. 62/2024), che già impongono una nuova organizzazione nell'assetto regionale dei servizi;

- d) **valorizzare il ruolo di coordinamento e integrazione del Distretto rispetto alle risposte ai problemi di salute dei cittadini più fragili**, in stretta integrazione con l'area sociale e quindi con i Comuni di riferimento. Ciò è tanto più necessario, se si sperimentano forme innovative di intervento, come quello previsto dalla DGR 452 del 28.05.2025 con la quale si dà il via al percorso che dovrebbe vedere l'intervento del terzo settore nella gestione di una delle attività territoriali per eccellenza: le cure domiciliari. Senza avere resistenze ideologiche rispetto all'ingresso del privato nello svolgimento di tale attività, da sempre caratterizzante l'assistenza territoriale e da sempre erogata a volumi elevati, si sottolinea come si ravvisino rischi elevati di inappropriatelyzza delle prestazioni richieste ed erogate da un lato e di vera e propria frantumazione degli interventi più complessi dall'altro, se non si prevede di **affidare al Distretto**, attraverso il coinvolgimento delle UVM, **il coordinamento** in fase di avvio nonché il controllo e la validazione finale. **Su questo aspetto occorre che l'assistenza territoriale e le cure domiciliari siano governate e controllate dal Pubblico, contenendo il trasferimento di risorse verso il privato ed evitando aumenti rispetto ai volumi precedenti.**
- e) **Riaffidare al Distretto la "gestione delle Liste d'Attesa"**: nelle more di una completa presa in carico della cronicità, anche attraverso la costruzione di specifici percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali è stato individuato come obiettivo strategico, fin dall'inizio dell'attività di questa Giunta, il contenimento delle liste d'attesa, obiettivo esplicitato nel "Piano operativo straordinario di recupero delle liste d'attesa della Regione - anno 2025". In esso vengono individuati 3 pilastri: *governo della domanda, governo dell'offerta e monitoraggio e controllo dell'offerta*. E' chiaro che l'offerta è influenzata dalla capacità di investimento del sistema sanitario e quindi non espandibile oltre un certo livello, mentre la domanda è influenzata dal livello di appropriatezza clinica e prescrittiva dei professionisti e va quindi perseguito sensibilizzando e responsabilizzando gli stessi professionisti. Si individua quindi un importante ruolo per il Distretto per quanto attiene sia all'efficientamento del sistema (perché sono ancora in vigore i tempi dilatati della specialistica ambulatoriale legati al Covid?) che alla sensibilizzazione dei professionisti.

Come è stato detto sopra l'investimento nell'attività territoriale consentirà di gestire in modo più appropriato

il grande problema della cronicità, evitando soprattutto di scaricarlo in modo inappropriato sulla **rete ospedaliera**. È chiaro però che anche rispetto a questa area è necessario prevedere azioni che puntino da un lato all'efficientamento del sistema, dall'altro all'innovazione tecnologica. Va sicuramente nella direzione del primo lo sviluppo delle reti cliniche, possibilmente integrate tra ospedale territorio, ma deve essere sicuramente completato lo sviluppo di un sistema informativo efficiente e ancora una volta integrato. A nostro parere infine deve essere messa in campo anche una riflessione sull'attribuzione di un ruolo hub and spoke alle strutture di secondo e primo livello.

Per quanto riguarda **l'area della prevenzione e della promozione della salute** deve essere innanzitutto ricordato come l'Umbria si sia in passato distinta per gli ottimi risultati ottenuti nel campo della prevenzione delle malattie infettive attraverso l'attività vaccinale o in quella connessa con la organizzazione degli screening oncologici, oltre a quelli collegati con l'attività di vigilanza dei Servizi Medici e Veterinari in contesti come quelli delle imprese o degli allevamenti. Se l'intero Sistema Sanitario Regionale deve affrontare la sfida di una nuova stagione, questo vale ancora di più per tutti i Servizi e le attività che fanno capo alla Prevenzione, obbligate a coniugare attività tradizionali con aree di intervento non consolidate, come quelle finalizzate allo sviluppo del binomio ambiente e salute o quelle relative alla preparazione ad emergenze epidemiche e non. Anche per questo deve essere fatta:

- un'adeguata valutazione del fabbisogno di personale dei vari Servizi, a livello regionale e aziendale, ma anche
- una nuova declaratoria della mission degli stessi, accanto alla
- valorizzazione di strutture essenziali per la ricerca e lo sviluppo, come l'Istituto Zooprofilattico Umbria Marche.

Un'ultima considerazione riteniamo doverosa farla a proposito dell'investimento sul personale. Riteniamo che **nessuna "riforma" sia realizzabile senza il coinvolgimento diretto di tutti coloro che dovranno operare nel processo.**

RETI OSPEDALIERE

Il documento esamina la necessità di innovare e ottimizzare la rete ospedaliera ed il collegamento con la rete territoriale in Umbria, puntando su un sistema integrato che migliori la gestione delle malattie ad alta complessità, delle patologie croniche, la prevenzione e la qualità dell'assistenza sanitaria attraverso l'innovazione tecnologica e la collaborazione tra ospedali, territorio e università.

Si sottolinea l'importanza di centralizzare il sistema informatico e di gestione dei dati sanitari ed epidemiologici, creando un sistema omogeneo e avanzato per la gestione dei dati clinici, con registri per malattie ad alto impatto epidemiologico, al fine di migliorare la prevenzione secondaria e potenziare la rete territoriale, in particolare per le malattie degenerative e la riabilitazione post-acuta. La prevenzione primaria rimane aspetto essenziale della medicina territoriale.

Per quanto riguarda l'innovazione della rete ospedaliera, si propone una [classificazione degli ospedali in Hub, Spoke e Antenna](#), con ruoli specifici e integrati per garantire sicurezza, qualità e prossimità, [evitando duplicazioni e favorendo il trasferimento di pazienti tra strutture vicine e con specifiche missioni assistenziali](#).

La collaborazione con l'Università è considerata fondamentale. La Regione, in partnership con l'Università, dovrebbe promuovere un centro di ricerca clinica di biotecnologie sanitarie e un centro di formazione avanzata per favorire innovazione, alta formazione e miglioramento dell'assistenza.

Infine, si evidenzia l'urgenza di innovare tecnologicamente le Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni per evitare la migrazione dei pazienti, definire missioni chiare per ogni ospedale, favorire accordi interregionali e riprogettare la governance e i finanziamenti per un funzionamento armonico delle reti clinico-assistenziali.

Come detto nel documento sulla medicina di territorio l'investimento in idee ed energie in tale ambito consentirà di gestire in modo più appropriato il rilevante problema della cronicità, evitando di scaricarlo in modo inappropriato sulla [rete ospedaliera](#). È chiaro però che anche rispetto a questa area sia necessario prevedere azioni che puntino da un lato all'efficientamento del sistema, dall'altro all'innovazione tecnologica ed alla messa in rete delle competenze tra rete ospedaliera e rete territoriale. E' strettamente necessario portare al massimo sviluppo l'organizzazione delle reti cliniche definite nel DM 70/2015 sul modello di quanto fatto in Italia negli ultimi 25 anni ad esempio nell'ambito della Rete Cardiologica, ove si affronta sia la problematica clinica del paziente acuto che del paziente cronico, sia una vasta complessità assistenziale. Ruolo essenziale della Politica Sanitaria Regionale è: definire un quadro di sviluppo scientifico-organizzativo, culturale in senso più ampio e declinato su più "saperi", e di innovazione tecnologica. In tale contesto punti essenziali carenti in Umbria sono:

1. La centralizzazione ed omogeneizzazione del sistema informatico (su cui il tavolo ha una idea da

condividere) per la gestione dei dati clinici, anche attraverso partnership innovative con altri saperi (**bioingegneria, data management, sviluppo di data lake, etc etc**), per realizzare un sistema informatico avanzato di controllo e programmazione della assistenza sanitaria, basato sui registri territoriali/ospedalieri per le malattie degenerative a più elevato impatto epidemiologico: registro tumori, registro malattie cardio- cerebrovascolari, registro malattie del metabolismo come il diabete, registro dei pazienti affetti da insufficienza renale/dialisi, registro delle Malattie Infettive, registro della Disabilità, e di altre patologie ove necessario. Questo consentirà di monitorare la situazione clinica dei cittadini, di programmare forme efficaci di prevenzione secondaria, di ridurre la necessità di cure ospedaliere e di migliorare quindi l'efficienza della Sanità Territoriale anche attraverso il potenziamento della **carente rete regionale di posti letto per RIABILITAZIONE del post acuto** (specie in ambito cardiovascolare). Ma la sfida maggiore sarà quella di **potenziare il sistema di Prevenzione**, anche secondaria, in passato punto di forza della Sanità Regionale Umbra, che ha subito negli ultimi anni un drastico ridimensionamento. Dalla prevenzione oncologica con screening territoriale in Rete con le specialità chirurgiche ed oncologiche, alla prevenzione cardio-cerebrovascolare post evento acuto per ridurre le frequenti recidive di acuzie, fino alla gestione delle malattie degenerative e del metabolismo come diabete, insufficienza renale cronica, malattie respiratorie attraverso la medicina di iniziativa svolta in collaborazione tra la Rete specialistica ospedaliera e la medicina del Territorio.

2. Il Tavolo della coalizione ritiene che non esistano nella Regione diritti maturati da soggetti privati per la edificazione/convenzionamento di Strutture Sanitarie nuove. Ove si renda necessario la edificazione di nuove strutture o rinnovamento di esse, ad esempio Ospedale di Terni, **si ritiene assolutamente necessaria in via prioritaria la verifica, per la realizzazione, del ricorso a risorse pubbliche e la considerazione delle tempistiche realizzative**. Tutti gli ospedali dovrebbero garantire **Sicurezza, Qualità e Prossimità** ai cittadini umbri, in base alle necessità di cura per le varie complessità di Patologia e Cura medesima. Per realizzare un sistema integrato va progettata e realizzata **l'Innovazione della Rete Ospedaliera Regionale** con la definizione di **Ospedali Hub ad alta complessità** (ad alta specializzazione come **AO di Perugia e Terni**), **Spoke** (a media specializzazione come per alcune patologie), ed **Antenna** (nuova definizione per ospedali in cui si accede per una prima risposta diagnostica e di cura a media bassa complessità ma con possibilità di "trasmettere ad altri ospedali e poi ricevere" pazienti complessi dopo la stabilizzazione clinica). Va ideato un progetto per ampliare e definire ruoli specifici per ogni tipo di ospedale senza mortificare, ma anzi innovando, le professionalità esistenti (*un ospedale Antenna potrebbe a sua volta diventare un Hub per alcune specificità medico-chirurgiche, ad esempio un Ospedale Antenna che non tratti la patologia acuta che necessita di alta specialità potrebbe orientarsi a divenire centro Hub per il post acuto che spesso ingolfa la degenza nelle Aziende Ospedaliere*). Altro esempio: la progettazione di una Rete integrata tra Aziende Ospedaliere-Ospedali Territoriali e Cure Domiciliari per il trattamento delle Malattie infettive potrebbe costituire un modello innovativo per migliorare la assistenza dei pazienti con patologia infettiva. Sempre

nell'ottica di Rete Ospedaliera si ritiene sia necessario, quando possibile, verificare/eseguire i trasferimenti tra ospedali il più prossimi possibile.

3. **Rete Ospedaliera ed Università:** la Regione in partnership con l'Università dovrebbe definire il terreno ideale per lo sviluppo di un Centro di Ricerca Clinica ed in Biotecnologie Sanitarie ed un centro di Formazione Avanzata in Sanità in cui tutti gli attori del settore, Ospedali del SSR-Università-Aziende tecnologiche, Agenzie di formazione (Ruolo Villa Umbra), Ordini Professionali, Società Scientifiche, possano mettere insieme il patrimonio di conoscenze per progetti innovativi facendo anche ricorso ai fondi nazionali ed europei disponibili (per tale aspetto è necessaria una importante azione di organizzazione e sviluppo). Tale aspetto porterà miglioramento della assistenza sanitaria, innovazione tecnologica, alta formazione, soddisfazione del Personale Sanitario.
4. Ridefinizione complessiva dell'assetto della Rete Ospedaliera in base alle mission (pre-definite) e necessità dei vari Ospedali, senza inutili duplicazioni di servizi e prestazioni di alta specialità spesso frutto di assenza di programmazione. E' urgentissima ed improcrastinabile **l'innovazione tecnologica delle due Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni** gravate da una vetustà ed inadeguatezza tecnologica non più compatibile con le attuali necessità clinico-assistenziali, pena la perdita totale di attrattività e capacità diagnostico-terapeutica. Tale aspetto è essenziale per evitare la migrazione di pazienti verso altre regioni in cerca di soluzione ai propri problemi clinici. Definire inoltre interventi di innovazione/specificità negli altri presidi Ospedalieri (oltre le due Aziende), **favorire accordi interregionali per le zone confinanti con altre Regioni** (ad esempio il territorio del Distretto di Orvieto ed il suo Ospedale). Il tutto in piena sintonia e condivisione con i territori stessi, i loro Sindaci e con i loro cittadini. All'interno di questo processo di riorganizzazione complessiva va definito il ruolo cruciale e trasparente dell'Università e la sua missione di Formazione, Ricerca, Innovazione e Progettazione per elevare il livello professionale di tutti gli ospedali e territori.
5. Riprogettare la Governance ed i Finanziamenti in modo armonico, chiaro, trasparente, e senza possibilità di contrasto tra le Aziende, in modo da permettere l'adeguato funzionamento delle Reti Clinico-Assistenziali. A tal fine è essenziale il coinvolgimento degli stakeholder per definire a priori potenziali criticità che possano determinare un pessimo funzionamento della Rete Ospedaliera e della Rete Ospedale-territorio.

SALUTE MENTALE

1. Politiche di Salute Mentale in Umbria in sintesi: azioni e obiettivi

Il PANSM (Piano di Azione Nazionale sulla Salute Mentale) è un documento strategico elaborato dal Ministero della Salute italiano, con l'obiettivo di definire le linee guida e gli interventi per la promozione, la prevenzione e la cura della salute mentale nel Paese.

Il PANSM attuale, di recente pubblicazione, copre il periodo 2025-2030 (dopo un intervallo di circa 12 anni dall'ultimo documento analogo) e mira a un approccio integrato e multidisciplinare, focalizzato sulla persona e sul territorio.

Sarà operativo dopo l'approvazione nella Conferenza Stato-Regioni ed il recepimento da parte della Regione Umbria. Nella sua parte introduttiva troviamo i suggerimenti per una salute mentale di comunità, che sono in accordo con quanto realizzato in Umbria.

Occorrerà però definire le scelte operative più urgenti e costruire un piano di attuazione progressivo, tenendo conto che il Piano parla perentoriamente di una realizzazione a risorse invariate. La qualità e la quantità dei contenuti da promuovere dipenderanno anche dalla possibilità di allocare risorse regionali.

Questo evidentemente non è un elemento influente. Infatti la carenza di risorse (di personale, di finanziamenti) e il conseguente degrado dei luoghi in cui sono collocati i servizi, hanno progressivamente concorso ad un deterioramento delle prassi di salute mentale di comunità, accompagnato anche in questo settore da un incremento molto significativo di ricorso al privato, con il peso che questo comporta di ridotta e non equa accessibilità alle cure più complesse, fenomeno del tutto nuovo in Umbria in salute mentale.

Alla luce della rilevanza che il tema sanitario e sociale della salute mentale ha per la vita delle comunità, rilevanza che in Umbria ha avuto in particolare, a partire dagli anni 70, è importante nel contesto della più che probabile azione di recepimento del PANSM a livello regionale, farne occasione per un dibattito approfondito su scelte e contenuti da promuovere, valutando la possibilità di allocare risorse regionali dedicate, in particolare in quelle che risulteranno aree critiche da implementare.

Alcune indicazioni possono essere già date tenendo conto della situazione attuale.

1. Preservare l'assetto attuale dei Centri di Salute Mentale e della rete che ad essi fa riferimento è un punto di forza che, pur nel quadro mutato, garantisce radicamento di antica data, lettura dei bisogni della popolazione afferente, punto di partenza solido per qualunque innovazione: un patrimonio da non alterare.
2. Alla luce delle esperienze di altre regioni il dipartimento di salute mentale integrato (che comprende anche i servizi per le dipendenze e i servizi per l'età evolutiva) è un primo passo, ma non è sufficiente a

risolvere i problemi di integrazione reale, che derivano dalla grande disparità di metodi e principi operativi e dalla differenza nelle risorse tra i diversi servizi afferenti. Un'attenzione particolare deve essere riservata ai **bisogni di salute dell'età evolutiva**, costruendo, a partire dalla prima infanzia, percorsi continuativi e integrati (non sono necessarie invece équipes di transizione che costituirebbero, in assenza delle cospicue risorse necessarie, un appesantimento insostenibile per l'intera rete).

3. La lotta agli interventi coercitivi, con programmi specifici di controllo e superamento degli interventi coercitivi medesimi e di limitazione delle libertà personali. Su questo tema esempio di importante ispirazione è la recente sentenza della Corte Costituzionale sui TSO (tema critico per l'Umbria in base ai dati provenienti dal Sistema Informativo Nazionale Salute Mentale).
4. Si impone la ripresa di lavoro sullo stigma che colpisce i malati mentali (e tutte le categorie di persone che ad essi sono assimilati): lo stigma che si esprime nel sociale, ma anche quello che rivive all'interno dei servizi di salute mentale, a causa di un impoverimento dei rapporti interpersonali tra curanti e curati.
5. La formazione e la rimotivazione del personale, di tutti i profili professionali, verso prassi di salute mentale di comunità: formazione e ricerca a partire dal contesto reale dei bisogni e dalle pratiche nei servizi non sono un lusso "accademico", ma possono generare e rigenerare potenziali e potenti risorse qualitative inedite.
6. La coprogettazione, la condivisione con le comunità locali, la trasparenza del proprio agire professionale, la partecipazione degli utenti alla progettazione delle risposte e alla valutazione dei servizi sono altrettante leve e moltiplicatori di buone prassi di salute mentale.
7. L'investimento sulla **salute mentale nelle carceri** e sulle risposte (in strutture e processi di lavoro specifici) agli autori di reato non imputabili, richiama alla primaria importanza della costituzione di una previa ed efficace infrastruttura di relazioni interistituzionali.

Ribadendo la centralità dell'approccio comunitario nella tutela della salute mentale della popolazione, della centralità dei diritti, della soggettività e delle risorse della persona, del primato di azioni e politiche di inclusione riteniamo di prioritaria importanza:

- sollecitare la Regione dell'Umbria ad elaborare ed attuare un Progetto Obiettivo regionale per la Tutela della Salute Mentale, che affronti il tema della dotazione economica (5% del FSN e FSR; il 2,5% per i Servizi di Neuropsichiatria Infantile; il 1,5% per i servizi per le dipendenze, secondo le indicazioni fornite da fonti autorevoli), strutturale (numero dei servizi e delle risorse territoriali, numero dei posti letto ospedalieri) e delle risorse e competenze professionali (adeguamento degli organici agli standard AGENAS approvati in Conferenza Stato Regioni il 22.12.22), per la intera rete dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale (territoriali, residenziali, semiresidenziali ed ospedalieri), oltre che della loro organizzazione, nell'ottica della garanzia di qualità delle risposte multiprofessionali integrate, sia sanitarie che sociali, per tutte le fasce di età;

- garantire la piena applicazione della legge sull'autismo n. 134 del 18 agosto 2015, per la diagnosi, l'assistenza e cura delle persone affette da questa malattia e per il necessario supporto alle famiglie coinvolte;
- promuovere nell'ambito sociale territoriale, pur nel quadro normativo nazionale e regionale di riferimento, prassi di integrazione sociosanitaria a sostegno dell'abitare supportato, incentivando la domiciliarità e del diritto al lavoro per i cittadini utenti dei servizi di salute mentale, nel quadro dei progetti terapeutico riabilitativi individuali, sostenuti da strumenti quali il Budget di Salute, così come previsto dalle linee programmatiche approvate in Conferenza Stato Regioni (06/07/2022);
- promuovere osservatori e spazi di coprogettazione di servizi e risposte in collaborazione con utenti ed associazioni per tutte le fasce di età, e specificamente per i più giovani;
- promuovere spazi di collaborazione interistituzionale e tra soggetti sociali: con le scuole di ogni ordine e grado, a partire dalle scuole dell'infanzia, la magistratura, le forze dell'ordine, il mondo del lavoro, il terzo settore, per una rilevazione integrata e tempestiva dei bisogni, delle criticità, delle emergenze e la progettazione di risposte partecipate con i cittadini;
- garantire e monitorare la tutela dei diritti della persona nei contesti di non volontarietà delle cure (es. ricoveri in regime di TSO);
- garantire [luoghi dignitosi e di qualità per i servizi della salute mentale](#);
- monitorare le liste d'attesa, per l'accesso e le risposte da parte dei servizi di salute mentale, pratica inesistente in precedenza nella storia dei servizi di salute mentale umbri;
- mantenere e promuovere gli spazi aggregativi cittadini, come mediatori di relazioni e comportamenti salutari, anche con iniziative per l'integrazione interculturale;
- sollecitare processi formativi comuni per gli operatori dei servizi di salute mentale e per la rete ampia dei soggetti attivi, compreso il volontariato e le associazioni di utenti e familiari, perché intorno ai servizi ed ai bisogni di salute mentale si promuovano iniziative di ricerca;
- riattivare processi partecipativi, come le assemblee cittadine, che hanno caratterizzato la storia della psichiatria umbra.

2. Politiche di Salute Mentale in Umbria: un approfondimento

La salute mentale è parte del diritto alla salute sancito dalla nostra costituzione. Salute intesa, come afferma l'OMS, non come assenza di malattia, ma come condizione di benessere olistico. La salute mentale è parte integrante del benessere generale e influenza il modo in cui pensiamo, sentiamo ed agiamo. Riguarda la capacità degli individui di realizzare il proprio potenziale, lavorare in modo produttivo, migliorare le relazioni e contribuire al benessere e alla crescita collettiva.

Recentemente (luglio 2025) è stato trasmesso alla Conferenza Unificata Stato Regioni il “Nuovo Piano di Azione Nazionale sulla Salute Mentale 2025-2030”

I principi guida ai quali si ispira coincidono con quelli sui quali si articola il nostro Piano Socio Sanitario Regionale, ovvero il **paradigma bio-psico-sociale** e il concetto di **One Mental Health**, mettendo al centro la persona e considerando non solo i determinanti biologici e psicologici del benessere e della malattia, ma anche gli aspetti sociali, ambientali e culturali del contesto di vita dell'individuo.

In considerazione di questo, e del fatto che all'art. 1 comma 2 dell'accordo è previsto che le Regioni si impegnino a recepire quanto in esso contenuto, non possiamo prescindere dal fare esplicito riferimento a questo documento pur modulando le indicazioni e proposte sulla nostra realtà regionale.

Il Piano si articola su sei aree principali che crediamo vadano condivise:

- promozione, prevenzione e cura della salute mentale;
- salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza;
- salute mentale e giustizia
- risk management e sicurezza (prevenzione degli eventi critici)
- integrazione socio-sanitaria
- formazione e ricerca

Per la nostra regione, riguardo ad alcune di queste aree, possiamo aggiungere alcuni elementi che consideriamo rilevanti.

Garantire il diritto alla salute mentale significa, infatti, offrire servizi integrati e di qualità capaci di **riconoscere i primi segnali di disagio**, intervenendo tempestivamente prima che questi diventino cronici o emergenziali. D'altra parte la Legge 180/78 delinea un modello di salute mentale pubblica e capillare, che non si limita alla cura della cronicità o delle malattie psichiatriche, ma si concentra anche sulla prevenzione, sulla promozione del benessere psicologico e sul legame tra salute mentale e dimensione sociale.

Tuttavia, nella nostra realtà attuale molti servizi sono costretti a operare prevalentemente in modalità d'emergenza o nella gestione della cronicità.

I servizi di salute mentale infatti sono stati i più colpiti dal depauperamento delle risorse in ambito sanitario, dalla mancata progettazione e assenza di visione politica, e fra questi è drammatica la situazione relativa a

quelli dedicati all'infanzia e all'adolescenza.

Dati che risalgono al 2023 (ANSA) ci dicono che in Umbria i servizi pubblici per la salute mentale (CSM) trattano quasi 15 mila utenti all'anno, con una chiara prevalenza del genere femminile. Le richieste di cura psichiatrica e psicologica sono enormemente aumentate negli ultimi anni ed in particolare con la pandemia si è evidenziato un rilevante aumento delle richieste di diagnosi e intervento per le fasce di popolazione in età evolutiva (bambini, adolescenti, giovani), oltre al manifestarsi di un cambiamento della tipologia dell'utenza e dei bisogni che presenta. Sono inoltre aumentate le situazioni in cui è richiesto un coinvolgimento dei servizi specialistici da parte dell'Autorità Giudiziaria. A quest'aumento è corrisposta una diminuzione delle capacità di intervento soprattutto per carenza di personale (mancato turnover, ridimensionamento del personale, assenza di figure professionali necessarie nella composizione delle équipes), carente disponibilità di strutture residenziali, semiresidenziali e di interventi domiciliari ad alta specializzazione alternativi al ricovero.

Nel Piano Nazionale si invitano le regioni ad istituire i "Dipartimenti integrati e inclusivi di Salute Mentale" previsti dal PANSM, che sono il fulcro del nuovo sistema. Tale direzione programmatica è già presente nella nostra Regione, ma tuttavia ancora non attuata.

Il Piano dice che questi dipartimenti dovranno garantire percorsi di presa in carico multidisciplinari, accessibili, personalizzati e capaci di coniugare ospedale, territorio, servizi sociali, scuola, lavoro e terzo settore, attraverso la stesura di PDTA (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali) trasversali, intra e interistituzionali. Ciò è assolutamente condivisibile e necessario nella nostra Regione, nella quale ancora risulta complessa l'azione di integrazione dei DSM con i Serd e con la NPI.

Per tutto questo tuttavia è indispensabile effettuare una stima del fabbisogno aggiuntivo di personale specializzato poiché non si può pensare di aumentare i servizi senza parallelamente dotarsi di personale che se ne possa occupare e quindi è indispensabile definire un piano di potenziamento del personale, che riguardi tutti i profili professionali (psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali, educatori).

Il potenziamento non può essere solo numerico, ma relativo anche ad orientamenti formativi universitari che rendano questo personale pronto a rapportarsi al miglior livello, ciascuno con la propria specificità, nel contesto delle équipes e delle prese in carico multiprofessionali, con i compiti preventivi, terapeutici, riabilitativi e di inclusione, centrali per tutti i servizi di salute mentale del Servizio Sanitario Regionale.

A questo proposito sarà necessario approfondire, cosa non possibile nel presente testo, quali potranno essere, in base agli apporti formativi specialistici per ciascun profilo professionale sopra citato e presente nei "Dipartimenti integrati e inclusivi di Salute Mentale", i contributi allo sviluppo di prassi integrate di salute mentale di comunità: ovvero definire ruolo e funzioni dei diversi professionisti nel contesto del servizio di salute mentale pubblico, così come esso è descritto nella normativa e nelle linee di indirizzo nazionali e regionali.

Migliorare il sistema di cura in salute mentale significa garantire l'accesso ad approcci diagnostici, interventi terapeutici, contesti e prassi di riabilitazione psicosociale, appropriati e fondati sulle più aggiornate evidenze

scientifiche e buone pratiche, potendo intervenire precocemente con risposte che integrino i differenti bisogni. Significa inoltre considerare centrali gli aspetti relativi alla prevenzione, poiché occuparsi di salute mentale significa promuovere benessere sociale, ambientale e comunitario. Prevenire il disagio significa innanzitutto investire in ambito sociale, abitativo e lavorativo, urbanistico e ambientale. Migliorando i luoghi di vita, costruendo spazi di aggregazione, curando l'ambiente, promuovendo stili di vita salutari.

La prevenzione rispetto alla salute mentale parte dagli ambienti relazionali familiari. Le case di comunità, i consultori, le farmacie, gli ambulatori dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale dovrebbero costituire canali privilegiati per raggiungere le famiglie in modo capillare.

Il benessere psicologico è una componente centrale del benessere individuale e dell'intera comunità. Rafforzare la sanità territoriale significa garantire primariamente risposte psicologiche con funzioni preventive e di promozione della salute psicofisica lungo tutto l'arco del ciclo di vita.

Risulta quindi necessario:

- Divulgare conoscenze e informazioni sulla salute mentale e sul benessere psicologico dei genitori rappresenta una strategia preventiva fondamentale per aiutarli a gestire lo stress e le ansie legate alla genitorialità.
- Rendere strutturali programmi domiciliari di "home visiting familiare", nei quali professionisti della salute (ostetriche, psicologi, assistenti sociali) visitino regolarmente, almeno durante il primo anno di vita, le famiglie più a rischio. Le visite domiciliari possono offrire sostegno pratico ed emotivo, favorire relazioni genitoriali positive e includere attività di educazione alla genitorialità, consulenza psicologica e supporto alla salute e allo sviluppo del bambino.
- Occuparsi di salute mentale perinatale. Le linee guida internazionali convergono nell'affermare che il monitoraggio psicologico delle madri nella routine dell'assistenza alla gravidanza e al puerperio sia un atto clinico necessario, tanto quanto le valutazioni fisiche.
- Realizzare quanto previsto dalla legge regionale sullo psicologo di base: psicologo di primo livello, figura chiave per la presa in carico di forme lievi e moderate di disagio, inserito nelle micro-équipes territoriali dei consultori o delle case di comunità.
- Evitare la psichiatrizzazione (la medicalizzazione) delle problematiche sociali, ambientali e relazionali; è necessario ridefinire e ricontrattare con l'Autorità Giudiziaria l'aumento delle richieste che vincolano i servizi e gli operatori ad incarichi "peritali", snaturando o mettendo in secondo piano la mission di cura.
- Definire con chiarezza il ruolo dei privati e del privato sociale nella rete dei servizi.
- Coinvolgere le associazioni di utenti o familiari nelle fasi di progettazione, attivazione dell'intervento e verifica.
- Implementare i piani di formazione tanto da rendere più omogenei possibili gli stili di lavoro e le competenze e agevolare formazioni interistituzionali con figure professionali diverse per la condivisione dei linguaggi e il miglioramento dell'integrazione e della multidisciplinarietà.
- Istituire un sistema di monitoraggio puntuale per la raccolta dati, seguito da analisi accurate di tipo epidemiologico e sulla dotazione effettiva di personale (sia numerica sia qualitativa) e sull'allocazione e organizzazione delle strutture rispetto ai LEA. Le valutazioni devono concentrarsi su equità e facilità di accesso, nonché sulla qualità e appropriatezza delle cure, più che sulla sola quantità di prestazioni erogate.
- Implementare protocolli con l'Università per la formazione, la ricerca e il monitoraggio dei bisogni di salute.
- Istituire osservatori per la raccolta di dati e il monitoraggio: sul benessere psicologico dei minori, sulle condizioni di maltrattamento e abuso all'infanzia, sull'affido familiare, sugli inserimenti in comunità di minori, sulla salute mentale delle persone migranti.

3. Focus sulla salute mentale in età evolutiva

I **disturbi del neurosviluppo** (autismo, ADHD) stanno registrando un aumento significativo ovunque con tutto ciò che comporta per quanto riguarda la cronica disabilità spesso conseguente e l'impatto sulle famiglie e la società oltre che sugli individui stessi.

Con un esordio dei sintomi in età sempre più precoci, sono in aumento i disturbi d'ansia e di depressione, i disturbi del sonno e dell'alimentazione, i fenomeni di autolesionismo, l'ideazione suicidaria, il ritiro sociale, l'abbandono scolastico. Sono inoltre in aumento e sempre ad età più precoci i disturbi da uso di sostanze, le problematiche relative a condotte esternalizzanti e le dipendenze da internet e dalle tecnologie.

I soggetti più colpiti sono bambini, preadolescenti e adolescenti che si trovano nelle fasi di transizione scolastica e quindi di cambiamento dell'ambiente relazionale di riferimento.

I bambini e gli adolescenti in situazioni di svantaggio socio-culturale ed economico e quelli provenienti da percorsi migratori, da contesti connotati da povertà educativa, precarietà economica e lavorativa, da situazioni di violenza domestica e assistita, da elevata conflittualità genitoriale o solitudine (es. famiglie monogenitoriali). Nella nostra Regione abbiamo modelli organizzativi disomogenei dei servizi dedicati alla salute mentale dell'infanzia, nel territorio regionale si rischia infatti di avere diverse opportunità di cura a seconda di dove si vive. L'organizzazione dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) è diversa nelle due Aziende USL. I servizi scarseggiano di personale e di spazi fisici dove poter effettuare visite e trattamenti. Nei servizi mancano completamente figure professionali necessarie alla presa in carico: assistenti sociali, infermieri, terapisti, oltre ad un sottodimensionamento del numero di psicologi e di neuropsichiatri infantili necessari. Da quando nella nostra regione non è più attiva la scuola di specializzazione in Neuropsichiatria infantile, concorsi per questa posizione sono andati deserti mostrandoci anche quanto poco attrattiva risulta essere la nostra regione in questo campo.

Non esiste ancora un' area ospedaliera di degenza dedicata alle acuzie psichiatriche in età evolutiva, cosa che non permette il ricovero di minori con disturbi psichiatrici gravi in luoghi appropriati ed età-specifici. Questi attualmente finiscono in pediatria, ma con rischi per la loro sicurezza e l'appropriatezza delle cure, o in SPDC per adulti, in un luogo non adeguato senza personale specializzato e solo quando possibile in reparti dedicati situati in altre regioni, con i relativi costi per il sistema sanitario regionale e disagi per l'utenza. I servizi residenziali e semiresidenziali per minori con disagio psichico, esistenti nella nostra regione solo da alcuni anni, sono ancora drammaticamente insufficienti con necessità di monitoraggio, valutazione e revisione del regolamento dopo una prima fase che potremmo considerare di sperimentazione. La possibilità, inoltre, di attivare interventi domiciliari ad alta specializzazione, sperimentati ormai da tempo in altre regioni e di acclarata efficacia atti a prevenire il ricovero ospedaliero, non possono essere adottati per mancanza di personale specializzato dedicato.

E' importante garantire che i bambini e i ragazzi ricevano servizi appropriati alla loro età e alla loro delicata fase di sviluppo; per questo sono necessari spazi dedicati e sarebbe opportuno, cosa che così non è nella nostra

Regione, che a tutti i servizi per la salute mentale in età evolutiva venga riconosciuta la competenza fino al diciottesimo anno di età, come peraltro già previsto dal Piano di azione nazionale per l'attuazione della Garanzia infanzia.

La crescente consapevolezza del problema da parte della società civile e delle istituzioni si manifesta in numerose iniziative, con finanziamenti a progetto di intercettazione precoce e cura, spesso però anche per questo frammentarie e "a spot". Senza una regia strategica, queste azioni rischiano di disorientare l'utenza e di non arginare il problema. È quindi urgente adottare una visione complessiva che ponga al centro il rafforzamento e la riorganizzazione dei servizi pubblici per l'infanzia e l'adolescenza, con investimenti strutturali, cura, manutenzione e coordinamento della rete, garantendo interventi equi sia per la prevenzione che per la promozione della salute mentale.

È urgente investire in modo strutturale sui servizi esistenti affinché diventino il vero fulcro della rete. I servizi per la salute mentale dell'età evolutiva hanno necessità di personale, di investimenti e risorse adeguate e soprattutto di un'organizzazione efficiente e sensata per poter coordinare le proprie azioni in sinergia con tutti i sistemi che si occupano d'infanzia, adolescenza e famiglia. Nella progettazione di sistema devono essere inclusi, oltre ai servizi di salute mentale dell'età adulta, i servizi sociali dell'ente comunale con l'auspicabile introduzione nelle equipe di personale specializzato in psicologia di comunità, la scuola con servizi di psicologia scolastica ed azioni che superino la logica riduttiva dello "sportello", ma promuovano empowerment delle life skill nei ragazzi e dialogo intergenerazionale, il terzo settore e le realtà associative dei familiari con le loro grandi risorse e innegabile creatività.

Proposte Veterinarie per il Piano Sanitario Regionale

In Italia l'area di Sanità Pubblica Veterinaria afferisce a livello locale al **Dipartimento di prevenzione delle Aziende Sanitarie** ed è articolata in tre strutture dotate di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa: **sanità animale, igiene degli alimenti di origine animale e igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**. Le attività svolte spaziano dal controllo delle malattie infettive alla gestione dell'anagrafe animale, dalle certificazioni sanitarie per gli scambi commerciali al contrasto del randagismo, fino alla sorveglianza della sicurezza alimentare. Nel prossimo Piano Sanitario Regionale è indispensabile adottare in modo sistemico l'approccio *One Health*, che integra salute umana, animale e ambientale, con particolare attenzione alle sfide poste dai cambiamenti climatici, dalle emergenze epidemiologiche e dalle trasformazioni delle filiere produttive.

Rilevante interesse, attualità e particolare attenzione rivestono le **malattie trasmesse da vettori** che rappresentano il 17% di tutte le malattie infettive e causano oltre 1 milione di morti ogni anno. Per vettori si intendono **insetti ematofagi** che ingeriscono microrganismi portatori di malattie quando si nutrono del sangue di un ospite infetto (umano o animale) e, più tardi al pasto successivo lo inoculano in un nuovo ospite sia esso animale o umano.

Per quanto riguarda la diffusione dei vettori è di fondamentale importanza effettuare un **monitoraggio regionale** per capire la diffusione di questi insetti e intervenire con apposite disinfezioni e disinfestazioni.

Ovviamente il monitoraggio con ovitrapola deve essere effettuato dai Servizi Veterinari in collaborazione con l'IZSUM. Recentemente l'allerta dei casi di mortalità nella Regione Lazio di persone infette da **West Nile Disease**, ha incrementato la sorveglianza entomologica sul territorio regionale. Inoltre è di fondamentale importanza effettuare una sorveglianza sugli equidi, i quali possono manifestare segni clinici neurologici in caso di infezione che rappresenta senza dubbio un ulteriore indicatore di circolazione virale. A ciò va affiancata una gestione ambientale mirata a ridurre i ristagni d'acqua, con l'adozione sistematica del *Larval Source Management*, privilegiando soluzioni ecocompatibili come i larvicidi biologici. Anche la pianificazione urbanistica deve contribuire a ridurre i rischi, integrando misure anti-ristagno nell'ottica del *green-blue urban planning*. Infine, campagne di informazione e formazione rivolte a cittadini, agricoltori e amministrazioni locali rafforzeranno la partecipazione diffusa alla prevenzione.

Per quanto riguarda la **Sanità Animale** una malattia molto importante su scala mondiale è la **Peste Suina Africana (PSA)**. Dopo aver gestito negli anni passati, in modo più che soddisfacente, l'emergenza provocata dall'influenza aviaria, grazie all'abile gestione delle politiche di sanità pubblica veterinaria si confronta oggi con la **più complessa e subdola** emergenza veterinaria rappresentata dalla Peste Suina Africana.

In Italia la PSA è ricomparsa, il 7 gennaio del 2022, con il rilevamento dell'agente eziologico virale in una

carcassa di cinghiale nel Comune di Ovada in provincia di Alessandria in Piemonte. La malattia ha fatto la sua comparsa recentemente anche vicino alla Regione Umbria, nel comune di Zeri in Toscana, nel mese di luglio 2024. Successivamente si sono rilevati focolai in Lazio, Calabria, Campania in Lombardia.

Al 5 agosto 2025 il numero di animali positivi è stato di 31.130. I dati vengono aggiornati tempestivamente dal **Centro di Referenza Nazionale Pestivirus** dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche. Per tale motivo e dato le notevoli **perdite economiche** indotte da questa infezione virale è di fondamentale importanza che il sistema di allerta e i Servizi Veterinari insieme all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche, effettuino un sistema di sorveglianza (passiva e attiva) precoce di tale malattia. Il sistema di gestione **della emergenza Peste Suina Africana** è a capo del Ministero della Salute, Dipartimento di Prevenzione della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (*One Health*) e dei rapporti internazionali. A tal fine è stato istituito un gruppo per l'implementazione delle attività di vigilanza e misure di biosicurezza per la Peste Suina Africana con la nomina di un Commissario Straordinario ad hoc.

Benessere animale e farmaci veterinari. L'accresciuta sensibilità dell'opinione pubblica nei riguardi delle condizioni di vita degli animali in allevamento e gli orientamenti normativi UE in materia, pongono il benessere animale tra i macro-obiettivi della veterinaria pubblica regionale. L'uso corretto del farmaco veterinario e il contrasto al fenomeno dell'antimicrobico resistenza (AMR) è garanzia sia di benessere animale sia di tutela della salute pubblica.

Il recente obbligo nazionale di impiego della Ricetta Elettronica Veterinaria (REV) consente di monitorare costantemente la distribuzione e l'utilizzo del farmaco veterinario nelle aziende zootecniche e nelle strutture sanitarie veterinarie e ai Servizi Veterinari il controllo in tempo reale. Sarebbe auspicabile la transizione da modelli intensivi a sistemi estensivi e biologici, premiando le aziende che adottano pratiche ad alto benessere animale e introducendo obiettivi di trasparenza sull'uso degli antibiotici, talvolta volutamente inappropriato, anche attraverso benchmark pubblici.

Diventa tuttavia strategico la formazione e la comunicazione a supporto degli allevatori sull'uso del farmaco veterinario e soprattutto sull'uso indiscriminato degli antibiotici nella prevenzione anziché nella cura delle malattie degli animali.

Prevenzione del randagismo e tutela degli animali da compagnia. Un'attenzione particolare va riservata anche al randagismo, che sebbene ridotto rispetto al passato continua a manifestarsi, soprattutto nelle aree rurali e montane. Alla diffusione dei cani da pastore non sterilizzati si aggiunge l'aumento delle colonie feline urbane, alimentate da abbandoni e riproduzioni incontrollate. Per questo è urgente istituire un'Anagrafe Felina distinta da quella canina, incentivare la sterilizzazione e la microchirurgia, ridurre la soglia di riconoscimento delle colonie e programmare un sostegno regionale che non gravi esclusivamente su volontari e associazioni.

Infine, la **sicurezza alimentare** e il supporto alle esportazioni restano obiettivi strategici. È fondamentale mantenere un sistema di controlli capillare lungo tutta la filiera, garantire prontezza nella gestione delle allerte tramite il sistema RASFF e fornire assistenza tecnica alle imprese che operano sui mercati esteri, valorizzando

così un comparto economico di primaria importanza. Allo stesso tempo, occorre ripensare la logistica in un'ottica di sostenibilità, riducendo il trasporto di animali vivi e favorendo la macellazione di prossimità, il trasferimento refrigerato delle carcasse e l'utilizzo di unità mobili, lasciando il trasporto vivo come misura residuale e rigorosamente tracciata.

Sono necessarie attività di **formazione/informazione** dirette al personale delle Autorità Competenti locali finalizzate ad un'uniforme ed efficace applicazione dei recenti aggiornamenti normativi in tema di sanità animale, farmaco veterinario e controlli ufficiali, sicurezza degli alimenti di origine animale e il supporto alle filiere alimentari per le attività di export, il benessere animale e i farmaci veterinari, la prevenzione del randagismo e tutela degli animali da compagnia.

In conclusione, si propone alla Regione dell'Umbria di prendere in considerazione modelli innovativi di Sanità Pubblica Veterinaria, basati su prevenzione integrata, biosicurezza, sostenibilità e benessere animale. Un approccio coordinato e lungimirante consentirà di tutelare la salute collettiva, salvaguardare la competitività delle produzioni agroalimentari e rispettare l'equilibrio ambientale e la biodiversità

Proposte di indirizzo politico per un nuovo Protocollo d'Intesa Regione–Università

Evoluzione normativa essenziale

D.Lgl 517/1999

Aprile 2015 (DGR 528) Protocollo d'intesa non sono seguiti i protocolli attuativi.

Aprile 2022 (DGR 364) Protocollo d'intesa conseguente al memorandum del 2020. Non sono seguiti i protocolli attuativi (Non approvato dal Consiglio Regionale e Non inviato al Ministero della Salute).

Gennaio 2024 (DGR n.59) Stabilisce che le AOU potranno essere costituite con Decreto del Presidente della Giunta Regionale (non con DPCM). Inoltre contiene aggiornamento Allegato C con completa ridefinizione delle strutture delle Aziende ospedaliere di Perugia e Terni.

Giugno 2025 Il **Consiglio dei Ministri** ha formalizzato l'intenzione di regolamentare e uniformare a livello nazionale la configurazione delle AOU.

Assetto, equilibrio istituzionale, Mission

L'integrazione tra il sistema sanitario regionale e sistema universitario è fondamentale per garantire la qualità nella formazione dei professionisti della salute, nonché per assicurare un approccio integrato e olistico alla salute umana, animale e degli ecosistemi, secondo il paradigma "one health". La collaborazione tra vari settori scientifici e professionisti mira a ottimizzare la tutela della salute attraverso strategie comuni e una razionalizzazione sostenibile delle risorse e delle competenze.

La visione politica del Tavolo della Coalizione su una ipotesi di protocollo d'intesa tra la Regione Umbria e l'Università degli Studi di Perugia sottolinea fortemente la necessità ineludibile di una forte collaborazione per lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. Il tutto in una visione finalizzata all'integrazione tra il Servizio Sanitario Regionale (SSR) e l'Università per assicurare qualità nella formazione e nell'assistenza sanitaria, secondo un approccio integrato e multidisciplinare ispirato al paradigma "one health".

Dopo decenni di provvisorietà, **obiettivo politico prioritario** è definire strutturalmente i rapporti tra SSR (Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni, e Aziende USL) e Università degli Studi di Perugia.

In attesa di una eventuale regolamentazione nazionale, si ritiene che sia opportuno **realizzare eventualmente AOU con Decreto del Presidente della Giunta** e non con DPCM. **Promuovere un modello Umbro che meglio risponda alla realtà delle strutture sanitarie e universitarie, nonché alla configurazione della nostra Regione.** In Italia esistono solo 2 AOU costituite con DPCM e 30 AOU costituite in modo disomogeneo dalle Regioni.

L'AOU ha **triplice missione**: assistenza sanitaria di alta specialità, didattica, ricerca. L'AOU deve essere **luogo di integrazione e potenziamento di due culture**: quella sanitaria e quella accademica che devono agire in sinergia e in Equilibrio. Questo è garanzia di efficacia, buon governo e di migliore realizzazione dei rispettivi mandati istituzionali a beneficio della comunità regionale.

Il NUOVO Protocollo d'Intesa e gli statuti aziendali dovranno essere definiti da **tavoli tecnici paritetici** tra rappresentanti universitari e professionisti del SSR. I protocolli attuativi dovranno essere dettagliati cronologicamente, per garantire la rapida realizzazione. Si dovranno definire le strutture dipartimentali e complesse integrate da garantire rispettivamente nell'AOU di Terni e Perugia. E dovrà stabilire le modalità di coinvolgimento delle strutture sanitarie territoriali delle due Azienda USL ai fini di realizzare una Rete Formativa diffusa.

Ad oggi le Aziende Ospedaliere (*non ancora integrate come Universitarie*) di PG e TR hanno la missione di concorrere agli obiettivi assistenziali regionali e nazionali, integrando le funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, didattica e ricerca con l'Università in modo non del tutto unitario e coordinato. La collaborazione si dovrebbe fondare sul rispetto delle autonomie e sulla valorizzazione delle professionalità, garantendo qualità, efficacia, appropriatezza ed efficienza del servizio sanitario pubblico. Viene sottolineata qui una visione politica che pone attenzione alla **centralità del paziente, del medico in formazione, dello studente, all'adozione di sistemi di certificazione della qualità e, altro punto qualificante, all'armonizzazione delle attività tra personale SSR e universitario.**

L'organizzazione delle attività è basata sull'eguaglianza di diritti e doveri tra personale universitario e del SSR, con una gestione integrata degli obiettivi e dei budget, e coinvolge tutte le strutture aziendali nel processo formativo e di tutoraggio. I **regolamenti didattici dovrebbero favorire la partecipazione di tutto il personale alle attività formative.** Riassumendo punti qualificanti del processo convenzionale dovrebbero essere:

- La centralità del paziente e dello studente/professionista in formazione;
- Il raggiungimento di standard di eccellenza nelle attività assistenziali, didattiche e di ricerca;
- La valorizzazione delle diverse professionalità e la promozione di un clima organizzativo positivo;
- L'adozione di sistemi esterni di certificazione e valutazione della qualità;
- Il rispetto degli standard normativi a livello nazionale e regionale;

- L'integrazione tra attività assistenziali, didattiche e di ricerca;
- Lo sviluppo professionale armonico e le pari opportunità;
- Percorsi amministrativi integrati tra SSR e Università;
- Innovazione tecnologica coerente con l'alta specializzazione.

Centralità del cittadino e del paziente

Ogni scelta deve avere come **obiettivo prioritario la migliore qualità assistenziale ai cittadini**. Si devono creare le condizioni più adatte per la didattica e per il potenziamento della ricerca. Rendere così **la sanità umbra attrattiva** per scienziati, ricercatori, studenti, e pazienti per garantire il suo sviluppo, le cure più avanzate e recuperare la mobilità passiva.

Innovazione e ricerca al servizio del territorio

L'AOU deve essere insomma polo di eccellenza, ma anche motore di sviluppo per la sanità regionale. Le strutture, le assunzioni, i progetti di ricerca devono rispondere al reale fabbisogno assistenziale regionale e avere ricadute concrete sulla salute dei cittadini. Eliminare ogni tendenza autoreferenziale.

Trasparenza e responsabilità

Tutti gli atti e le decisioni devono essere pubblici e comprensibili. La comunità deve poter verificare come vengono spesi i fondi e quali risultati ottiene l'AOU.

Governance Aziende Ospedaliere/Sanitarie Universitarie (visione)

Ad oggi gli organi aziendali includono figure predefinite da normative nazionali. La prospettiva del Tavolo di coalizione vede la progettazione di un organo di Indirizzo paritetico (a livello regionale) che monitori l'attuazione del protocollo convenzionale, coordini la programmazione assistenziale e didattica, e proponga figure di rilievo, in campo assistenziale e di didattica, come coordinatori scientifici. Altresì un Collegio di Direzione dovrebbe garantire la partecipazione di tutte le figure professionali e contribuire alla pianificazione e valutazione delle attività cliniche, didattiche e di ricerca.

Si potrebbe ipotizzare, in accordo con la Giunta ed il Consiglio Regionale, un Atto Aziendale (elemento cardine della mission di una azienda integrata nella nuova collaborazione tra Università e Regione), adottato congiuntamente ed in concordia da Direttore Generale e Rettore, definendo l'organizzazione e il funzionamento delle strutture a direzione universitaria ed ospedaliera, in conformità alle normative nazionali vigenti.

I Direttori generali, sono nominati dalla Regione su rosa di candidati condivisa con l'Università. I Direttori sanitari e amministrativi sono nominati dai DG previo parere non vincolante dell'Università, in un sistema di garanzie reciproche. Istituire comitato paritetico Ospedale-Università per monitorare la realizzazione delle scelte strategiche e degli indirizzi nelle Aziende Ospedaliere.

Programmazione sanitaria regionale

L'Università dovrebbe poter partecipare con il contributo di ricerca epidemiologica ed innovazione alla programmazione sanitaria regionale secondo la normativa vigente. Si potrebbe pensare di istituire un Nucleo Regionale per la programmazione a medio-lungo termine dei fabbisogni assistenziali e formativi, composto da rappresentanti della Regione, Università e SSR, che effettui ricognizioni annuali su epidemiologia, demografia professionale e fabbisogni formativi, supportando la programmazione attuativa.

Le varie articolazioni dirigenziali (strutture complesse, semplici, dipartimentali, etc..) andrebbero definite negli atti aziendali, rispettando la programmazione regionale e i requisiti normativi, e si articolano in strutture dirette da personale del SSR o universitario, mantenendo un equilibrio organizzativo. I dipartimenti ad attività integrata (DAI) rappresentano il modello operativo per garantire l'integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Merito e pari opportunità

I professionisti devono poter crescere tutti in percorsi aperti, flessibili e anche incrociati. Prevedere che i docenti universitari possano svolgere anche attività assistenziale, e che i dirigenti del SSN possono svolgere attività didattica e di ricerca. **L'integrazione deve essere obbligatoria e bilanciata**. Per questo sarebbe utile istituire un **"Ruolo Unico"** dei dirigenti sanitari che operano all'interno delle AOU. Stabilire **parità di trattamento economico** tra universitari e ospedalieri, quantificando la parte assistenziale oraria e il relativo analogo compenso.

Le carriere e gli incarichi apicali devono basarsi sul merito, valutato in modo trasparente e indipendente da commissioni paritetiche. Nessuna discriminazione tra personale universitario e personale del SSN: conta ciò che si sa fare, **non l'appartenenza amministrativa**. Evitare automatismi ed assegnare tutte le strutture solo tramite **concorso pubblico**.

L'equilibrio va perseguito garantendo che **gli incarichi di Direttore** di Dipartimento e di Strutture Complesse e Semplici **non siano comunque in misura superiore al 60% per una delle due componenti**.

Valutazione indipendente

Strutture e personale devono essere **valutati** periodicamente su assistenza, didattica e ricerca attraverso agenzie indipendenti o **organismi terzi** che garantiscano l'obiettività.

Standard organizzativi

L'AOU deve adottare come standard organizzativo la **struttura dipartimentale integrata SSN-Università**.

Risorse economiche

Il finanziamento deve **distinguere in modo trasparente la quota sanitaria** (Regione) e **quella accademica** per didattica e ricerca (Università). Un fondo unico integrato così costituito potrebbe garantire coerenza di obiettivi, evitando conflitti e doppioni. Definire le modalità di partecipazione dell'Università agli eventuali deficit di bilancio. Adottare un sistema di **rendicontazione trasparente** delle spese tra attività assistenziale e universitaria per ridurre i conflitti finanziari e responsabilizzare ogni attore dell'AOU. Prevedere **incentivi mirati**: premialità economiche alle strutture che raggiungono obiettivi di qualità e produttività (es. esiti clinici, pubblicazioni, fondi competitivi ottenuti).

Durata e rinnovabilità

Il protocollo ha natura dinamica: va rivisto periodicamente alla luce dei risultati. Il rinnovamento è segno di adattamento e di capacità di ascolto delle esigenze delle comunità locali e dei professionisti universitari e ospedalieri.

Nota: I paragrafi seguenti vengono riportati come **contributi aggiuntivi**.

PERCORSO NASCITA

Garantire l'appropriatezza delle prestazioni in ambito materno infantile vuol dire definire un "percorso nascita" che assicuri alla coppia, alla donna e al bambino le migliori pratiche sanitarie e sociali.

Un PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) dedicato e definito secondo le evidenze scientifiche nonché le linee guida, garantisce sicurezza delle cure, facilità di accesso e continuità assistenziale; inoltre valorizza efficacia, efficienza, economicità ed equità nella *governance* sanitaria.

L'attuale legislazione individua l'ostetrica come la figura professionale "promotrice di salute" in quanto garante dei processi fisiologici (DM 740/1994, legge 42/1999, legge 251/2000, DGRT 555/1994, Decreto L.vo n° 206/2007 in attuazione dir. 2205/36/CE"); inoltre nel 2017 sono state definite le "[Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico \(BRO\)](#)".

Premesso ciò, si ritiene fondamentale istituire un Percorso Nascita prendendo in considerazione i seguenti aspetti:

- Valutazione del rischio ostetrico
- Necessità di rafforzare l'attività territoriale consultoriale con tecnologia appropriata (ecografi 3D) e personale ostetrico e medico dedicato
- Realizzazione dell'Agenda della gravidanza: strumento di comunicazione necessario tra l'assistita e gli operatori sanitari.
- Competenza dell'ostetrica nella gestione in autonomia del BRO (basso rischio ostetrico) in gravidanza, durante il parto e nel post partum ([Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico](#)).
- Necessità di avere una continuità assistenziale e un'integrazione ospedale – territorio dal punto di vista organizzativo sull'intero territorio regionale
- Necessità di avere una cartella informatizzata consultabile in qualsiasi setting affinché ci sia una comunicazione più esaustiva ed efficace tra operatori sanitari
- Necessità di avere un sistema dematerializzato informatico che garantisca all'ostetrica autonomia di prescrizione degli esami ematici previsti dal percorso BRO.
- Necessità che siano omogenei ed uniformi i servizi per la gravidanza (visite ostetriche, corsi di accompagnamento alla nascita, ecografie) e per il puerperio (visite domiciliari, gestione dell'allattamento al seno, riabilitazione del pavimento pelvico) su tutto il territorio regionale

Queste proposte oltre ad essere migliorative per un Sistema Sanitario Regionale che miri alla qualità, alla sicurezza e all'appropriatezza delle cure, si inquadrano anche in un sistema di ottimizzazione delle risorse,

considerando tali proposte isorisorse e rispondendo alle caratteristiche di efficienza, efficacia ed economicità.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

L'area della prevenzione e promozione della salute sono ad appannaggio del Dipartimento di Prevenzione delle USI (servizi igiene e sanità pubblica, igiene alimenti e prevenzione, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, servizi veterinari di sanità animale-igiene produzione e trasformazione alimenti di origine animale- igiene allevamenti zootecnici). Quest'area include la prevenzione delle malattie infettive, l'attività vaccinale, ma anche l'attività di vigilanza negli ambienti di vita e di lavoro in un'ottica sempre più ONE HEALTH che pertanto integra la visione salute/ambiente sempre più legata ad un approccio integrato e multisettoriale che riconosce la salute delle persone, degli animali, delle piante e del loro ambiente in un rapporto di interconnessione e interdipendenza. Occorre quindi una strategia unificata all'interno di tutta la sanità pubblica sia territoriale che ospedaliera per ottenere risultati ottimali che mirino alla reale prevenzione delle malattie prevedendo i rischi e le minacce per la salute a livello locale, nazionale e globale (OMS: modello integrato per affrontare pandemie, sicurezza alimentare, danni ambientali, stili di vita salutari, sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro). Occorre pertanto che i servizi medici del Dipartimento di Prevenzione possano essere supportati come segue:

- 1- Mettere in atto una adeguata valutazione delle risorse umane e strumentali potenziandole ove necessario.
- 2- Promuovere un adeguato aggiornamento professionale periodico che sia al passo coi tempi e con le criticità territoriali oggetto di approfondimento.
- 3- Individuare i canali di comunicazione e collaborazione preferenziali tra USL e REGIONE per una mirata azione di programmazione avanzata che si basa sulla reale analisi dei contesti che possono variare anche tra area ed area (es: vedi casistiche e tipi di tumore nelle varie aree della regione che il REGISTRO TUMORI regionale dovrebbe aver analizzato, contestualizzato e caratterizzato da quando ha ripreso l'attività)
- 4- Creare dei canali di comunicazione ufficiale con facilitazione di accesso ed elaborazione dati disponibili tra il Dipartimento di Prevenzione e gli *stakeholder* di riferimento (associazioni di cittadini, associazioni di categoria, uffici regionali, altri servizi ospedalieri e territoriali) e le banche dati sanitarie disponibili che attualmente non sono collegate tra di loro e non permettono sempre una programmazione mirata ai campi di intervento dove necessita mirare l'azione di prevenzione.
- 5- Sostenere l'attività di vigilanza soprattutto nei settori dove sono identificati i potenziali rischi per la salute della popolazione promuovendo una stretta collaborazione tra ARPA e DIP, vigilanza che riguarda sia l'ambiente di vita che l'ambiente esterno nelle competenze del Dipartimento di Prevenzione.