



La salute che vogliamo

Contributo del Cosp al Piano Socio-Sanitario
della Regione Umbria

Dicembre 2025

Sommario

1. Premessa	4
2. Prevenzione della malattia e promozione della salute	6
3. Salute Ambientale	8
3.1 L'impatto ambientale delle discariche in Umbria	8
3.2 Le attività di monitoraggio ambientale	8
4. Sanità territoriale e Case della Comunità	10
4.1 Case della Comunità	10
4.2 Garantire prestazioni di specialistica e diagnostica all'interno dell'offerta pubblica di servizi 10	
4.3 Integrazione transprofessionale	11
4.4 Convenzioni ed accordi coi MMG ed i PLS	12
4.5 Ospedale di Comunità e Servizi Socio-sanitari	12
4.6 Buone pratiche regionali	13
5. Intelligenza Artificiale e sanità di prossimità	14
5.1 Verso una sanità aumentata	14
6. Salute mentale e dipendenze	15
6.1 Salute Mentale Adulti e Dipendenze (SMAe SERD)	15
6.2 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (SMIA)	15
7. Consultori familiari e prevenzione	16
7.1 Ruolo dei Consultori	16
7.2 Attività di prevenzione per i giovani	16
7.3 Integrazione con la rete territoriale	16
8. Ospedale "S. Maria della Stella" di Orvieto	18
8.1 Stato corrente delle aree di attività dell'ospedale	18
8.2 Vocazione strategica	19
8.3 Interventi possibili per la realizzazione degli obiettivi individuati	19
8.3.1 Potenziamento dei reparti e delle professionalità	20
8.3.2 Investimenti strutturali	20
8.3.3 Attrattività e valorizzazione professionale	20

8.3.4	Integrazione ospedale-territorio	20
8.3.5	Innovazione digitale e IA clinica	20
9.	Governance e dirigenza delle Professioni Sanitarie.....	22
9.1	Modello organizzativo	22
9.2	Formazione e Competenze Avanzate	22
9.3	Prevenzione delle criticità e armonizzazione della governance e dei finanziamenti	22
9.4	Criticità del modello “gettonista” e tutela della presa in carico globale	23
9.5	Intramoenia e liste d’attesa.....	24
10.	Investimenti strutturali, tecnologici e potenziamento dell’Ospedale e del Distretto Sociosanitario di Orvieto	26
10.1	Ampliamento del Distretto Sanitario	26
10.2	Ampliamento e adeguamento strutturale dell’Ospedale.....	26
10.3	Potenziamento tecnologico	27
10.4	Innovazione e IA per le aree interne	27
10.5	Sviluppo dei reparti chiave e personale.....	27
10.6	Attrattività e valorizzazione professionale	27
10.7	Collaborazioni interregionali e mobilità	28
11.	Risultati Attesi.....	28
12	Conclusioni.....	29
	Legenda degli Acronimi.....	30
	Bibliografia essenziale	31
	Normativa e istituzioni.....	31
	Chronic Care Model e sanità di iniziativa	32
	Professioni sanitarie, formazione e governance	32
	Innovazione digitale e Intelligenza Artificiale in sanità	32
	Sanità territoriale e Case della Comunità	33
	Chronic Care Model e sanità di iniziativa	33
	Professioni sanitarie, formazione e governance	33
	Buone pratiche regionali.....	33
	Salute mentale e dipendenze.....	33
	Attività Consultoriali.....	33
	Riferimenti internazionali.....	34
	Riferimenti regionali e analisi di contesto	34

1. Premessa

In vista del prossimo Piano Socio-sanitario regionale, facciamoci qualche domanda. Cos'è la salute? per ognuna di noi e per la comunità alla quale apparteniamo? Cos'è che determina, ancora una volta per ognuna di noi e per la comunità, lo stare bene e/o lo stare male? Come riusciamo a dare corpo e voce alla nostra richiesta di salute e/o a contrastare la nostra “sofferenza sociale”? Quanto riusciamo a farci capire dalle istituzioni che compongono il “sistema sanitario”? Cosa riteniamo prioritario per una sanità pubblica effettivamente accessibile, equa ed efficace?

Ecco, dal documento che avete per le mani non aspettatevi le risposte. Un Gruppo di lavoro del Comitato Orvietano per la Salute Pubblica, ha raccolto spunti per approfondire ulteriormente il senso delle questioni poste: le risposte le costruiremo insieme.

Cos'è dunque che avete tra le mani? Un dossier, cioè una raccolta, ancora sommaria, di temi sotto forma di appunti, esperienze, buone pratiche, petizioni, piattaforme rivendicative, quadri legislativi, decreti operativi: materiali vari per avere un quadro complessivo di ciò che bolle nella pentola del sistema sanitario e del welfare. L'indice è indicativo: offre una prima organizzazione dei temi e dei documenti perché si compongano organicamente. Si può e si deve emendare l'indice; e i temi sono tutti da discutere, approfondire e finalizzare. Lo faremo insieme e pubblicamente.

Consideriamo questo documento un “menabò”. Avete presente? Nel mondo dell'editoria è, grosso modo, la griglia sulla quale si appiccicano gli appunti di ciò che si vuole realizzare: per essere sicuri di non tralasciare niente e per “vedere l'effetto che fa”, ogni pezzo e tutti nel loro insieme. Cosa vogliamo realizzare noi? Osservazioni al Piano Socio-sanitario Regionale, ma anche proposte di integrazione qualitativa, schema di monitoraggio della sua applicazione; azioni di valutazione e di feedback.

Questo documento è l'inizio di un' “Opera aperta” che sarà portata avanti in maniera pubblica, sperimentando forme di partecipazione innovative, coinvolgendo chiunque riterremo rappresentativo e anche significativo: un po' quello che abbiamo cercato di fare in ogni nostra iniziativa fin dalla nostra costituzione.

Questo documento è anche un po' un programma di lavoro che il COSP intende portare avanti. Le sue fondamenta si esprimono in una piattaforma di valori e principi irrinunciabile:

l'efficacia pratica del Sistema sanitario nel garantire a chi in Umbria vive e lavora esiti di salute di buona qualità;

la sostenibilità del Sistema sanitario attraverso un uso efficiente delle risorse in rapporto alla valutazione di appropriatezza e di efficacia degli interventi di cura;

l'armonizzazione dei finanziamenti e dei modelli di governance, superando le disomogeneità tra Aziende Sanitarie e Ospedaliere;

la valorizzazione delle competenze professionali e dei capitali sociali comunitari come motore della qualità assistenziale;

l'equità di accesso ai servizi, indipendentemente dal luogo di residenza;
la prossimità e la continuità assistenziale, secondo un approccio di salute di comunità.

Infine questo documento è un invito: facciamo strada insieme? Ci accompagniamo per il cammino?

2. Prevenzione della malattia e promozione della salute

Uno dei principali pregi del SSN risiede nell'aver definito "Prevenzione, Programmazione e Partecipazione" come assi metodologici fondamentali per la sua operatività.

In questa chiave e in relazione alla domanda di salute espressa dai cittadini abitanti in Umbria, saranno da potenziare le serie di previsioni riguardanti la prevenzione primaria individuale (vaccinazioni e contrasto ai fattori rischio individuali – fumo, alcool, dieta, attività fisica -) e secondaria (screening raccomandati per il depistaggio precoce dei cr al colon retto, alla mammella ed al collo dell'utero).

Contestualmente, si considera opportuno riportare al centro del dibattito sulla salute pubblica, le questioni e i metodi, le analisi critiche e le strategie operative che hanno a che fare con la Promozione della salute. A questo proposito, per esempio, si dispone delle voci del dibattito, sempre attualissimo, intorno ai Determinanti sociali della salute; oppure delle riflessioni intorno ai rischi per la salute derivanti dalla globalizzazione e, invece, delle speranze che si aprono pensando alla Salute Globale (individuo, società, ecosistema); e si potrebbero esplorare il valore di espressioni quali "sofferenza sociale" e "violenza strutturale" analizzando gli impatti che le scelte di potere hanno sui corpi degli individui, sui corpi sociali e nella colonizzazione dei relativi immaginari. L'attualizzazione di questi temi è fondamentale per dare contenuti alla rivendicazione del diritto alla salute, e alle politiche di tutela delle popolazioni vulnerabili e per introdurre criteri di giustizia sociale e di contrasto alle disuguaglianze in salute nelle scelte di economia sanitaria in tempo di crisi economica e geopolitica. Alle istituzioni e alla politica che si occupano di salute pubblica, si chiede di assumere un ruolo più articolato di quello di "prestatori di servizi": dovrebbero incoraggiare e accompagnare l'agente sociale che sista manifestando verso un effettivo empowerment delle organizzazioni che danno corpo al "welfare di comunità" e alla "comunità di cura".

Infine, si ritiene opportuno sottolineare come studi e raccomandazioni internazionali confermino che solo attraverso una sanità pubblica ed universale è possibile assicurare equità, prevenzione, continuità assistenziale e riduzione delle disuguaglianze in ogni territorio, in conformità al dettato costituzionale previsto dall'art. 3 della nostra carta fondamentale: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali".

In questa prospettiva e in via generale, si sottolinea la necessità di:

- contrastare la frammentazione assistenziale dovuta al ricorso crescente a professionisti a gettone (c.d. "gettonisti") che operano in logiche prestazionali e non partecipano ai processi di presa in carico globale, compromettendo la continuità di cura, la multidisciplinarietà e il senso di appartenenza al sistema pubblico;
- un sistema che valorizzi il personale strutturato, stabile e formato come risorsa strategica per garantire qualità, sicurezza ed efficacia dei percorsi assistenziali, sostenendo al contempo un piano sostenibile di reclutamento, pienamente coerente con la missione pubblica del SSR;

- promuovere l'uso dell'Intelligenza Artificiale (IA) e delle tecnologie digitali come strumento di supporto, non sostitutivo, alla relazione di cura, in particolare nelle aree interne e a bassa densità di popolazione, per migliorare l'accessibilità, il monitoraggio clinico, la teleassistenza e la gestione proattiva delle cronicità.

3. Salute Ambientale

Questo capitolo rappresenta una prima bozza di lavoro sui temi fondamentali della salute ambientale in Umbria, con particolare riferimento al territorio orvietano. È un punto di partenza che sarà ampliato, corretto e qualificato attraverso la partecipazione attiva di cittadini e cittadine, le cui esperienze dirette e osservazioni sul territorio sono essenziali per comprendere appieno l'impatto delle criticità ambientali sulla salute pubblica. La co-costruzione di questo capitolo con le comunità locali permetterà di definire interventi più efficaci e rispondenti alle reali esigenze dei territori.

3.1 L'impatto ambientale delle discariche in Umbria

In Umbria, oltre alle discariche di rifiuti solidi urbani, sono presenti due discariche per rifiuti speciali pericolosi: la discarica Villa Valle sita nel Comune di Terni, di proprietà dell'Acciaieria e dove da sempre vengono conferiti le scorie e tutti i rifiuti di quest'ultima, e la discarica di proprietà di Alcantara sita all'interno dell'area industriale di Nera Montoro, di dimensioni estremamente più contenute rispetto alla prima. Mentre l'impianto di proprietà di Alcantara è stato oggetto di interventi di messa in sicurezza permanente, la discarica di Villa Valle dal 2002 è inserita all'interno del (SIN) Sito di Bonifica di Interesse Nazionale TERNI – PAPIGNO.

Il SIN TERNI – PAPIGNO interessa un'area di circa 655 ettari con una storia legata alle attività industriali, come impianti siderurgici e discariche. L'area in questione è stata oggetto di una serie di interventi di messa in sicurezza di emergenza, tuttavia, dopo oltre 20 anni, gran parte delle aree contaminate ancora non sono state bonificate. Per quanto riguarda gli aspetti sanitari sono stati condotti studi epidemiologici, come lo studio Epidemiologico Nazionale dei Territorie degli Ambienti a Rischio di Crisi Ambientale (SENTIERI), e piani di monitoraggio per la ricerca di sostanze inquinanti come le diossine e i PCB.

Il progetto SENTIERI è stato condotto e finanziato nell'ambito del programma strategico Ambiente e Salute del Ministero della Salute.

Per quanto riguarda in particolare le discariche di rifiuti solidi urbani, si evidenzia che, ad eccezione della discarica di Orvieto ("Le Crete") le altre due ("Belladanza" a Città di Castello e "Borgogiglione" a Magione) hanno manifestato problemi di contaminazione con particolare riferimento alla matrice acqua (contaminazione delle falde) e quindi tutte hanno presentato progetti di messa in sicurezza d'emergenza (la messa in sicurezza d'emergenza, in genere, consiste nella realizzazione di barriere di pozzi da cui viene pompata acqua contaminata e inviata a un impianto di depurazione) con elevati costi energetici che si riversano poi sui cittadini. Inoltre, non risulta che nessuna di queste discariche abbia poi presentato progetti per la messa in sicurezza permanente, ovvero per la risoluzione dei problemi di contaminazione attraverso interventi strutturali sulle impermeabilizzazioni.

3.2 Le attività di monitoraggio ambientale

Focalizzando l'attenzione sull'area ternana, si rileva che fino al 2012 il territorio è stato oggetto di indagini epidemiologiche commissionate dalla stessa Provincia di Terni attraverso il c.d. "OSSERVATORIO PROVINCIALE AMBIENTE E SALUTE". Tali attività sono state in seguito interrotte per via del trasferimento delle competenze alle Regioni attuato dalla Legge 56/2014 (cd. Legge Del Rio) e non più riprese.

Si ritiene quanto mai opportuno considerare la riattivazione di una serie di attività di monitoraggio ambientale di cui la Provincia potrebbe farsi carico. Considerato però che allo stato attuale tale ente ha solo capacità "amministrative" e non politico-decisionali per effetto della sopra citata legge, si ritiene di prioritaria importanza che la Regione inneschi i giusti procedimenti affidatari delle attività di ricerca e analisi sopra richiamate.

4. Sanità territoriale e Case della Comunità

Il Comitato sostiene la realizzazione di reti sociosanitarie coordinate tra Ospedale, Territorio e assistenza domiciliare, coinvolgendo MMG/PLS, infermieri di famiglia e comunità, fisioterapisti, assistenti sociali e tutte le figure sociosanitarie. Tale modello mira al superamento del tradizionale approccio prestazionale, centrato sulla singola erogazione di servizi, privilegiando invece una presa in carico globale, continuativa e multiprofessionale, vicina ai cittadini e con particolare attenzione ai soggetti fragili, cronici e alle aree interne.

In quest'ottica, si riportano di seguito alcuni degli ambiti in cui si ritiene prioritario intervenire per raggiungere l'obiettivo di costruire una rete territoriale capillare, multiprofessionale e digitale, in grado di garantire prossimità, prevenzione e continuità assistenziale a tutte le cittadine e i cittadini.

4.1 Case della Comunità

In linea con il DM 77/2022, le c.d. "Case della Comunità" devono essere il fulcro della sanità territoriale. Tali strutture dovrebbero essere fornite di alcune dotazioni essenziali: PUA informatizzati, équipe multiprofessionali stabili, ADI, telemedicina, unità di sanità pubblica. Nello specifico:

- Istituzione del PUA (Punto Unico di Accesso) con funzioni di Front Office e di Back Office, dotato di Assistenti Sociali dell'ATS (Ambiti Territoriali Sociali) e del Distretto, di Infermieri del Distretto (IFoC Casa di Comunità), delle altre Professioni sanitarie di volta in volta individuate sulla scorta dei bisogni rilevati e dei processi di presa in carico, oltre che di figure tecnico-amministrative con funzioni dedicate al back office;
- PUA informatizzato: implementazione di un sistema digitale per facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi sociosanitari. Implementazione della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC), così come indicato nel DM 77/22;
- Èquipe multiprofessionale integrata stabile, UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale);
- attività di prevenzione e gestione cronicità, implementazione dell'Expanded Chronic Care Model (ECCM);
- Servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per garantire continuità assistenziale, presa in carico dei pazienti fragili e supporto alle famiglie, in integrazione con le Cure Primarie e gli Ospedali di Comunità;
- Radiologia domiciliare e telemedicina;
- Unità di sanità pubblica per sorveglianza epidemiologica.

4.2 Garantire prestazioni di specialistica e diagnostica all'interno dell'offerta pubblica di servizi

L'analisi delle principali prestazioni evidenzia trend critici che impattano sulla programmazione e sul dimensionamento dei servizi.

Prestazione	2019 (esami/100 abitanti)	2022 (esami/100 abitanti)	Posizione Umbria 2019	Posizione Umbria 2022
Radiologia tradizionale	31	12,3	4°	21° (ultimo)
Ecografia	22,8	9,1	4°	20° (penultimo)
Ecocolordoppler	–	–	2°	19° (penultimo)
Endoscopia digestiva	–	–	2°	13°
TAC	–	–	9°	19° (penultimo)
RMN	–	–	6°	21° (ultimo)

I dati AGENAS confermano l'urgenza di un sistema integrato ospedale-territorio, capace di garantire continuità, appropriatezza, equità e sostenibilità, con forte valorizzazione della presa in carico multiprofessionale e del ruolo delle Case della Comunità.

In questa prospettiva, si ritiene che ulteriori convenzionamenti di servizi privati di diagnostica e specialistica siano da evitare in quanto:

- con le risorse finanziarie cedute ai privati, questi ultimi recluteranno personale sanitario sottraendolo ai servizi pubblici; in questo modo si consentirebbe al privato (come già accaduto ripetutamente nel corso degli ultimi decenni) di entrare in concorrenza con il pubblico per una risorsa scarsa quale il personale sanitario;
- le stesse prestazioni diagnostiche effettuate nel pubblico avrebbero plausibilmente costi più contenuti per via delle possibili economie di scala.

Per tali motivi, riteniamo che il PSSR debba contenere un appropriato piano di sviluppo della diagnostica e della specialistica pubblica.

4.3 Integrazione transprofessionale

Valorizzare l'integrazione tra tutte le professioni sociosanitarie mediante PDTA condivisi e monitoraggio degli esiti. Nello specifico:

- Presa in carico integrata e multidimensionale;
- Monitoraggio degli esiti e della qualità percepita;
- Aggiornamento costante dei percorsi in base ai bisogni individuati dai professionisti della salute ed espressi dalla comunità stessa.

4.4 Convenzioni ed accordi coi MMG ed i PLS

Le convenzioni e gli accordi tra le ASL regionali, i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) rappresentano uno strumento fondamentale per affrontare sia l'appropriatezza prescrittiva che l'abbattimento delle liste d'attesa nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questi accordi mirano a regolamentare e monitorare il comportamento prescrittivo di MMG e PLS, in linea con i Piani Nazionali e Regionali per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA/PRGLA). L'obiettivo è ridurre le prescrizioni inappropriate di farmaci e prestazioni specialistiche, che rappresentano un costo inutile e un sovraccarico per il sistema. Questo si può ottenere utilizzando indicatori di appropriatezza, condivisione di Linee Guida e Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDTA), e l'istituzione di Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva a livello distrettuale/interdistrettuale (CAPIo simili). Il risultato che si vuole ottenere è una prescrizione più mirata e conforme al bisogno clinico del paziente, contribuendo ad ottimizzare l'uso delle risorse ed a concentrare l'offerta sulle prestazioni realmente necessarie. Il coinvolgimento di MMG e PLS è cruciale nel governo della domanda. La loro corretta applicazione delle classi di priorità (U, B, D, P) sulla ricetta specialistica è il cardine per indirizzare il paziente ai tempi di attesa garantiti. Gli accordi incentivano l'uso obbligatorio del quesito diagnostico e della classe di priorità, elementi che consentono al sistema di prenotazione (CUP) di gestire le richieste in modo più efficiente. Inoltre si devono promuovere modelli di "presa in carico" da parte dello specialista, con la prenotazione diretta di controlli e follow-up senza l'intermediazione del MMG/PLS, sgravando le liste di primo accesso.

In sintesi, la collaborazione formalizzata tra ASL e medici del territorio è essenziale per implementare le strategie di governo della domanda e garantire equità d'accesso e sostenibilità del SSN.

4.5 Ospedale di Comunità e Servizi Socio-sanitari

L'Ospedale di Comunità (OdC) e i servizi socio-sanitari integrati rappresentano un punto di riferimento cruciale per garantire la continuità delle cure, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e la vicinanza al cittadino. La loro importanza risiede nella capacità di offrire un modello assistenziale multidisciplinare, personalizzato e centrato sulla persona, riducendo la pressione sugli ospedali tradizionali e favorendo il benessere locale. Questi presidi lavorano per rispondere in modo coordinato ai bisogni di salute e benessere, fornendo assistenza, recupero e supporto per pazienti fragili e cronici, e per le loro famiglie.

Vista l'elevata incidenza di persone anziane nel territorio orvietano, dalla mappatura dei bisogni si rileva di fondamentale importanza attivare le seguenti strutture socio-sanitarie:

- RSA
- Hospice
- Centro Diurno per l'Alzheimer
- Casa di Riposo

4.6 Buone pratiche regionali

Si riportano di seguito, a titolo di esempi utili alla discussione, alcune “buone pratiche” già sperimentate da altri Sistemi Sanitari Regionali e che potrebbero rappresentare esempi virtuosi replicabili anche all’interno della nostra regione:

- Fisioterapista di Prossimità (Toscana, Paci et al. 2023);
- Psicologo di Base (DGRT308/2023);
- Radiologia domiciliare (riduzione attese e ricoveri evitabili).

5 Intelligenza Artificiale e sanità di prossimità

Questo capitolo presenta alcune considerazioni di massima sui temi fondamentali dell'Intelligenza Artificiale applicata alla sanità di prossimità in Umbria. È un punto di partenza che dovrà essere ampliato, corretto e qualificato attraverso la partecipazione attiva di cittadini e cittadine, le cui esigenze, preoccupazioni e aspettative sono essenziali per definire un modello di IAetico, inclusivo e realmente al servizio della persona. La co-costruzione di questo capitolo con le comunità locali permetterà di superare visioni puramente tecnologiche, orientando gli investimenti verso soluzioni che potenzino la relazione di cura senza sostituirla, riducano le disuguaglianze territoriali invece di amplificarle, e rispondano concretamente ai bisogni di salute delle aree interne e delle popolazioni più fragili, rappresentando così un contributo concreto e radicato nella realtà al processo di elaborazione del piano socio-sanitario della regione Umbria.

5.1 Verso una sanità aumentata

Nelle Case della Comunità e nelle aree interne, l'IA può costituire un fattore chiave di equità territoriale.

Il COSP propone la realizzazione di:

- piattaforme digitali integrate per la gestione dei PUA, con algoritmi predittivi di fragilità basati su dati socio-sanitari, al fine di identificare precocemente i bisogni complessi;
- sistemi di IA per la telemedicina e il telemonitoraggio domiciliare, volti a ridurre la necessità di spostamenti, migliorare la tempestività degli interventi e sostenere i caregiver;
- supporti decisionali clinici (AI-based CDSS) per medici di base, infermieri di famiglia e operatori territoriali, utili a orientare la presa in carico multidimensionale e personalizzata;
- reti digitali interprofessionali, per favorire la condivisione dei dati e la collaborazione tra operatori sanitari e sociali.

L'obiettivo è la realizzazione di una sanità aumentata, dove la tecnologia potenzi la relazione di cura e non la sostituisca, contribuendo in questo modo anche alla riduzione delle disuguaglianze territoriali e non al loro aggravamento.

6. Salute mentale e dipendenze

Questo capitolo rappresenta un menabò di lavoro sui temi della salute mentale e delle dipendenze in Umbria. Anche in questo caso, si tratta di un punto di partenza che dovrà essere ampliato, corretto e qualificato attraverso la partecipazione attiva di cittadini e cittadine, pazienti, familiari, associazioni e operatori del terzo settore, le cui esperienze dirette e prospettive sono essenziali per costruire una rete realmente integrata e senza stigma. La co-costruzione di questo capitolo con le comunità locali permetterà di superare logiche frammentate e di sviluppare percorsi che coniughino efficacemente prevenzione, cura e riabilitazione psicosociale, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili come bambini, adolescenti e giovani adulti. Si ritiene infatti che solo attraverso un dialogo costante con chi vive in prima persona le sfide della salute mentale e delle dipendenze, potremo garantire servizi accessibili, tempestivi e capaci di rispondere ai bisogni complessi delle persone e delle loro famiglie.

6.1 Salute Mentale Adulti e Dipendenze (SMA e SERD)

Il COSP ritiene centrali le seguenti azioni:

- assunzione di 3 psichiatri e inserimento di educatori professionali, psicologi, e TERP;
- predisposizione di equipe multidisciplinari per doppia diagnosi;
- realizzazione di progetti di prevenzione e comunità terapeutiche integrate.

6.2 Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (SMIA)

Il COSP ritiene centrali le seguenti azioni:

- reclutamento di neuropsichiatri infantili, psicologi, logopedisti, educatori professionali e TNPEE;
- predisposizione di attività di prevenzione e presa in carico precoce;
- attuazione di un coordinamento tra scuola, sanità e servizi sociali;
- investimenti sull'educazione emotiva e la prevenzione del disagio giovanile.

7. Consulitori familiari e prevenzione

Il capitolo rappresenta una prima elaborazione che vuole facilitare il necessario lavoro di elaborazione partecipativa sui temi fondamentali dei consultori familiari e della prevenzione in Umbria. È un punto di partenza che sarà ampliato, corretto e qualificato attraverso la partecipazione attiva di cittadini e cittadine, giovani, famiglie, educatori, operatori sociosanitari e associazioni del territorio, le cui esperienze e bisogni reali sono essenziali per ridefinire i consultori come veri presidi di prossimità. La co-costruzione di questo capitolo con le comunità locali permetterà di superare approcci frammentati e di ripensare questi spazi come luoghi accoglienti, gratuiti e riservati, dove garantire salute sessuale e riproduttiva, supporto psicologico e prevenzione attiva per tutte le età, con particolare attenzione ai giovani. Solo attraverso il coinvolgimento continuativo di scuole, famiglie e realtà associative potremo infatti realizzare consultori pienamente integrati con le Case della Comunità, i servizi territoriali e la rete socio-sanitaria, permettendo così di rispondere in modo tempestivo e personalizzato ai bisogni di salute delle persone.

7.1 Ruolo dei Consulitori

In riferimento al ruolo dei consultori, il COSP ritiene fondamentale che questi assicurino:

- accesso gratuito e riservato alla cittadinanza;
- counseling sessuale, contraccezione, prevenzione MTS;
- collaborazione con scuole e associazioni giovanili.

7.2 Attività di prevenzione per i giovani

Per quanto riguarda le attività di prevenzione rivolte ai giovani, il Comitato ritiene che i consultori debbano promuovere in maniera efficace interventi di educazione alla salute, vaccinazioni, campagne digitali e counseling psicologico.

Nello specifico:

- educazione alla salute e peer education;
- vaccinazioni (HPV, epatite B);
- campagne digitali;
- counseling psicologico e sessuologico;
- collaborazione con medicina di base ed equipe multiprofessionale delle Case della Comunità.

7.3 Integrazione con la rete territoriale

Al fine di garantire una presa in carico complessiva dei bisogni di salute degli individui e della comunità, si ritiene inoltre prioritario realizzare interventi volti a garantire una stretta integrazione dei servizi socio-sanitari e di quest'ultimi con il territorio, in particolare:

- collegamento con Case e Ospedali di Comunità, neuropsichiatria infantile e servizi sociali;
- presa in carico precoce e raccolta dati epidemiologici.

8. Ospedale “S. Maria della Stella” di Orvieto

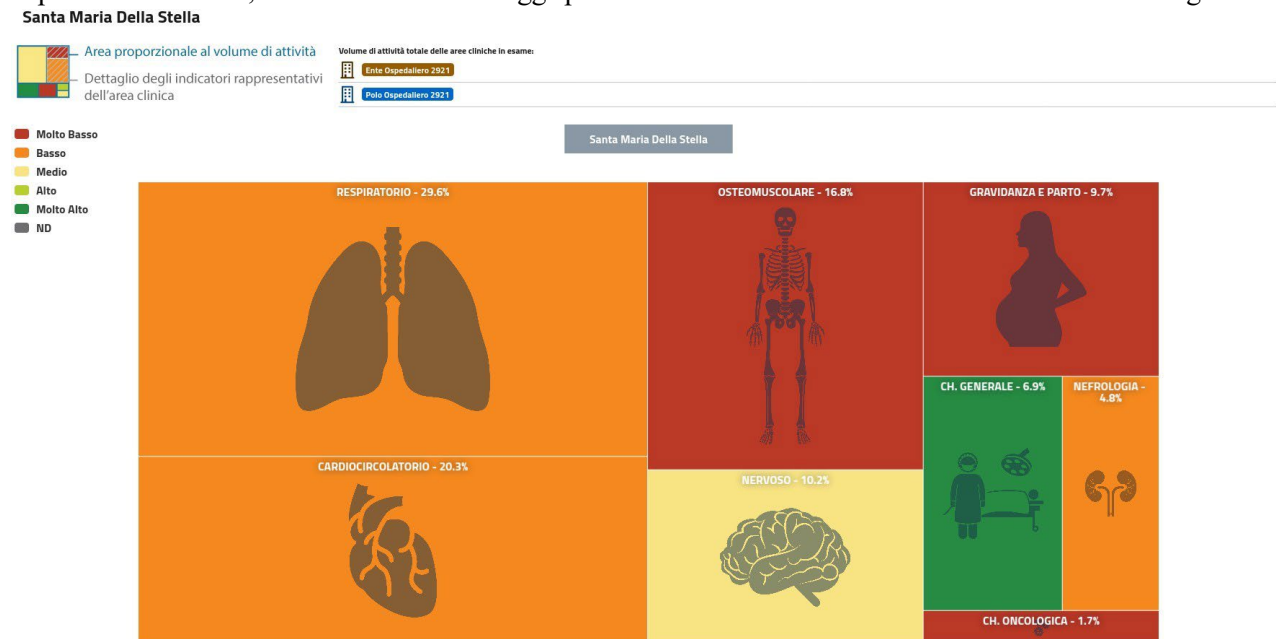
Il presente capitolo vuole essere una prima bozza di lavoro sul ruolo e le necessità dell'Ospedale "Santa Maria della Stella" di Orvieto all'interno del piano socio-sanitario della regione Umbria. Le linee qui tratteggiate dovranno essere ampliate, corrette e qualificate attraverso la partecipazione attiva di cittadini e cittadine dell'Orvietano, professionisti sanitari, amministratori locali e regionali, associazioni di pazienti e familiari, le cui esperienze quotidiane e osservazioni sono essenziali per rilanciare efficacemente questa struttura come presidio di eccellenza per l'Umbria sud-occidentale. La co-costruzione di questo capitolo con la comunità orvietana permetterà di identificare priorità condivise per intervenire tempestivamente sulle sei aree cliniche che oggi registrano esiti negativi secondo le valutazioni di Agenas, e per definire un modello di ospedale capace di garantire autonomia operativa, attrattività professionale e continuità assistenziale con il territorio. Solo attivando meccanismi partecipativi di chi vive, lavora e usufruisce dei servizi ospedalieri, potremo sviluppare soluzioni concrete per il potenziamento strutturale, tecnologico e professionale del presidio, per l'integrazione con la rete territoriale e per l'introduzione responsabile di innovazioni digitali che migliorino concretamente gli esiti di salute dei cittadini.

8.1 Stato corrente delle aree di attività dell'ospedale

La tree map (“mappa ad albero”) dell'ospedale Santa Maria della Stella riferita al 2023, in quanto ultimo anno di attività su cui sono disponibili dati, evidenzia che delle otto aree cliniche valutate da Agenas il nostro ospedale produce in sei di esse (Assistenza alle malattie del Sistema Cardiocircolatorio, Respiratorio, Osteomuscolare, Nefrologia, Gravidanza e Parto e Chirurgia Oncologica) esiti di salute negativi (aree in rosso chiaro) o molto negativi (aree in rosso) mentre

l'assistenza alle malattie del Sistema nervoso è valutata come di media qualità e la sola chirurgia generale riceve una buona valutazione.

Sei aree di attività su otto valutate negativamente rappresentano una “criticità maggiore” e al tempo stesso un’urgente priorità di intervento su cui è bene che la programmazione sanitaria regionale si esprima per riconsegnare ai cittadini dell’Orvietano un ospedale dal valore d’uso accettabile almeno a partire dal 2026, visto che fino ad oggi poco o nulla è stato fatto. Certamente i dati Agenas



rappresentano una base-line su cui misurare la riconquistata efficacia pratica del Santa Maria della Stella.

8.2 Vocazione strategica

Al fine di valorizzare l'ospedale di Orvieto quale presidio strategico per l'area sud-occidentale dell'Umbria e per parte della Provincia di Viterbo, in coerenza con il DM 70/2015, si ritiene che tale struttura debba essere qualificata, attraverso opportuni investimenti e interventi pubblici, come:

- Ospedale Hub in riferimento alla chirurgia ortopedica (specializzazione nella spalla) e oculistica (cataratte e patologie oculari);
- Ospedale Spoke per quanto riguarda la cardiologia, con UTIC pienamente operativa, in linea con il ruolo di DEAdi I livello.

8.3 Interventi possibili per la realizzazione degli obiettivi individuati

8.3.1 Potenziamento dei reparti e delle professionalità

- Aumento posti letto a 200 (standard DM70/2015);
- Potenziamento reparti: Chirurgia generale, Urologia, Ostetricia e Ginecologia, Medicina generale e Cardiologia;
- Attivazione del reparto di Geriatria, con una sezione particolare dedicata all'Ortogeriatria;
- Incremento del personale: +15 infermieri, OSS e assistenti; rafforzamento PS e Medicina d'Urgenza.

8.3.2 Investimenti strutturali

- Riqualificazione del Pronto Soccorso (4,1 milioni già previsti);
- Aggiornamento diagnostiche TC/RMe radiologia domiciliare.

8.3.3 Attrattività e valorizzazione professionale

- Formazione continua e percorsi di carriera per tutte le professioni;
- Accordi interregionali con Toscana e Lazio per mobilità attiva e servizi condivisi.

8.3.4 Integrazione ospedale-territorio

- Dimissione protetta;
- Sanità di Iniziativa;
- Telemedicina;
- PDTA condivisi e protocolli interprofessionali per cronicità, emergenze e patologie complesse.

8.3.5 Innovazione digitale e IA clinica

Si propone l'introduzione sperimentale di strumenti di Intelligenza Artificiale applicata alla diagnostica e alla gestione dei percorsi clinici, con particolare riferimento a:

- Supporto alla refertazione radiologica e triage automatico nei Pronto Soccorso, per ottimizzare i tempi di risposta e migliorare la qualità dei referti;
- Analisi predittiva dei flussi di ricovero e accesso per migliorare la programmazione delle risorse;
- Teleconsulto e telemonitoraggio tra l'Ospedale di Orvieto e i presidi territoriali, per potenziare la rete di cura e ridurre la mobilità passiva. Tali strumenti, nel rispetto della privacy

e dell'etica professionale, devono essere al servizio dei professionisti, potenziandone la capacità decisionale e la presa in carico personalizzata del paziente.

9. Governance e dirigenza delle Professioni Sanitarie

Questo capitolo presenta alcune indicazioni preliminari sui temi della governance e della dirigenza delle professioni sanitarie in Umbria. Tali indicazioni dovranno essere ampliate, corrette e qualificate attraverso la partecipazione attiva di cittadini e cittadine, professionisti sanitari, sindacati, ordini professionali, rappresentanti delle istituzioni e del terzo settore, le cui esperienze e competenze rappresentano il necessario punto di partenza per costruire un modello di governance sanitaria partecipata, trasparente e interprofessionale. La co-costruzione di questo capitolo con tutte le parti sociali permetterà di contribuire attivamente alla definizione di un sistema basato sui Dipartimenti delle Professioni Sanitarie, capace di valorizzare le competenze, garantire coerenza organizzativa e superare le limitazioni dell'attuale modello SITRO, oggi spesso ridotto a un semplice "bancomat" di personale per singoli silos organizzativi. Attraverso un dialogo costante tra professionisti e comunità, si potrà delineare un piano strutturato di reclutamento di dirigenti sanitari, articolato per aree strategiche, con attribuzione di reali responsabilità gestionali e decisionali, in grado di assicurare qualità assistenziale, crescita professionale e piena valorizzazione delle competenze.

9.1 Modello organizzativo

Si propone di istituire:

- Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche;
- Dipartimento delle Professioni Tecnico-Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione .

9.2 Formazione e Competenze Avanzate

- Percorsi post-base universitari, formazione continua e sanità digitale;
- Aggiornamento su CCM/ECCM (Cronic Care Model, Expanded Cronic Care Model) sanità digitale e gestione rischio clinico;
- Pratica avanzata per la presa in carico del paziente fragile, del paziente complesso, (Complessità assistenziale, sanitaria e ambientale).

9.3 Prevenzione delle criticità e armonizzazione della *governance* e dei finanziamenti

Nell'ambito della riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, risulta essenziale individuare preventivamente le criticità che possono incidere sul buon funzionamento della Rete Ospedaliera e della Rete Ospedale-Territorio.

È necessario superare le rigidità amministrative e organizzative che ostacolano l'accesso dei cittadini ai servizi più prossimi, come nel caso dei residenti di Città della Pieve indirizzati verso Città di Castello anziché Orvieto, o dei residenti di Orvieto inviati verso Foligno invece che a Terni. Tali dinamiche possono generare discontinuità assistenziale e inefficienze.

Occorre dunque riprogettare la Governance e i Finanziamenti in modo:

- Armonico, con distribuzione delle risorse in base ai bisogni reali;
- Chiaro, con responsabilità e coordinamento univoci;
- Trasparente, con sistemi di monitoraggio e valutazione;
- Collaborativo, con cooperazione interaziendale e condivisione delle buone pratiche.

L'obiettivo finale di tali interventi è quello di garantire una governance unitaria, flessibile e orientata ai risultati, capace di garantire equità, prossimità e sostenibilità del SSR umbro.

Per supportare la realizzazione di quest'obiettivo si propone l'istituzione dei Comitati Consultivi Misti (già attivi in Regioni come Toscana ed Emilia Romagna) all'interno dei processi organizzativi dei Distretti e delle Aziende Sanitarie. Questi comitati permetterebbero alle associazioni del Terzo Settore ed a tutti gli stakeholder di diventare protagonisti delle decisioni sulla Salute Pubblica, intercettando preventivamente le criticità della Rete Ospedaliera e della Rete Ospedale-Territorio.

9.4 Criticità del modello “gettonista” e tutela della presa in carico globale

Il COSP esprime preoccupazione per il crescente ricorso, in Umbria come in molte regioni, a professionisti “a gettone” impiegati tramite cooperative o contratti spot. Tale modalità, pur utile in situazioni emergenziali, non può costituire una strategia strutturale, in quanto:

- indebolisce la continuità assistenziale e la responsabilità professionale;
- ostacola la costruzione di équipe stabili e multidisciplinari;
- genera disparità economiche e di trattamento tra operatori;
- riduce il senso di appartenenza al SSR e l'efficacia del lavoro di rete.

Il COSP propone che il nuovo PSSR assuma una posizione chiara sul lavoro a gettone, seguendo l'esempio della Regione Toscana, che nel 2024 ne ha previsto il superamento a favore della stabilizzazione del personale.

Il Piano dovrebbe:

- incentivare il reclutamento stabile di personale pubblico, soprattutto nei servizi di emergenza e nelle aree interne;
- promuovere équipe multiprofessionali permanenti e percorsi clinico-assistenziali condivisi;

- reinvestire le risorse oggi destinate al lavoro a gettone in formazione, attrazione e valorizzazione dei professionisti.

Un modello di governance partecipata e stabile rafforza la continuità assistenziale e la qualità del SSR.

9.5 Intramoenia e liste d'attesa

L'intramoenia è un'attività che consente ai medici dipendenti del SSN di esercitare la libera professione all'interno della struttura ospedaliera pubblica o in studi convenzionati, in orari diversi da quelli di servizio. Nasce con l'obiettivo teorico di:

1. trattenere i medici nel SSN, offrendo loro un'opportunità di guadagno aggiuntivo;
2. sfruttare al meglio le strutture pubbliche;
3. in alcuni casi, accelerare l'erogazione delle prestazioni per i cittadini che scelgono di pagare la tariffa intera.

Il problema sorge quando la gestione dell'intramoenia non è adeguatamente monitorata e regolamentata, creando il sospetto (spesso fondato) che essa contribuisca ad amplificare le lunghe liste d'attesa del SSN, per cui:

- a) l'incentivo economico può portare, anche inconsapevolmente, a dedicare maggiore disponibilità e tempo all'attività libero-professionale a discapito di quella istituzionale (pubblica), riducendo di fatto le ore dedicate alle prestazioni erogate dal SSN e aumentando i tempi di attesa;
- b) se i volumi di attività in intramoenia superano in modo significativo quelli dell'attività istituzionale, si crea uno squilibrio che impatta negativamente sulla capacità del sistema pubblico di rispondere tempestivamente alla domanda;
- c) la carenza cronica di personale medico e infermieristico e la cattiva organizzazione delle agende pubbliche sono una delle cause primarie delle liste d'attesa; tuttavia, una gestione opaca dell'intramoenia può esacerbare questo deficit, trasformando la libera professione nella "corsia preferenziale" per accedere alle cure dello stesso medico, ma a pagamento.

Per mitigare l'impatto negativo sull'accesso pubblico, è fondamentale intervenire sulla gestione dell'intramoenia, come previsto anche da recenti Piani Nazionali di Gestione delle Liste d'Attesa (PNGLA), per cui:

- è essenziale che le Aziende Sanitarie monitorino e garantiscano che l'attività libero-professionale non pregiudichi in alcun modo l'attività istituzionale; alcune proposte prevedono il blocco temporaneo dell'intramoenia quando i tempi d'attesa pubblici superano determinate soglie;

- occorre garantire la trasparenza delle agende, rendendo visibili sia le disponibilità pubbliche che quelle in intramoenia, per identificare eventuali squilibri. È necessario un sistema di prenotazione e monitoraggio dei dati più efficace e interoperabile a livello regionale;

Quindi l'Intramoenia è uno degli strumenti che, se usata correttamente (ad esempio, sfruttando le tariffe ALPI per abbattere le liste nel pubblico, o permettendo al paziente di accedere alla prestazione in intramoenia con il solo pagamento del ticket, se i tempi di attesa nel pubblico non sono rispettati), potrebbe contribuire a ridurre le liste, non ad allungarle. Questo richiede un potenziamento strutturale del SSN (personale, risorse e attrezzature).

In sintesi, l'intramoenia è uno strumento legale che, se non gestito con estremo rigore e trasparenza, rischia di diventare un fattore che distorce l'accesso universale ed equo alle cure, contribuendo a un fenomeno noto come "doppio binario" della sanità pubblica.

10. Investimenti strutturali, tecnologici e potenziamento dell'Ospedale e del Distretto Sociosanitario di Orvieto

Questo capitolo presenta alcune considerazioni preliminari circa la necessità di investimenti strutturali e tecnologici per il potenziamento dell'Ospedale e del Distretto Sociosanitario di Orvieto. È anche in questo caso un punto di partenza che dovrà essere ampliato, corretto e qualificato attraverso la partecipazione attiva di cittadine e cittadini dell'Orvietano e dei comuni limitrofi, professionisti sanitari, amministratori locali e regionali, associazioni di pazienti e familiari, le cui esperienze quotidiane e prospettive sono essenziali per definire interventi concreti e rispondenti alle reali esigenze delle comunità. La co-costruzione di questo capitolo con tutti gli stakeholder permetterà di delineare un piano organico di sviluppo che integri l'ampliamento del Distretto, il potenziamento strutturale dell'Ospedale, l'aggiornamento tecnologico e l'introduzione responsabile dell'Intelligenza Artificiale, nell'ottica di garantire equità di accesso, prossimità dei servizi e continuità assistenziale. Si ritiene infatti che attraverso il coinvolgimento effettivo di istituzioni, professionisti e cittadini si potrà giungere a definire priorità condivise per la riqualificazione del Pronto Soccorso, l'incremento dei posti letto, lo sviluppo delle specializzazioni strategiche, l'attrattività professionale e le collaborazioni interregionali con Toscana e Lazio.

10.1 Ampliamento del Distretto Sanitario

- Territori coinvolti: Attigliano (1.988), Alviano (1.344), Lugnano (1.406), Guardia (1.728), Penna in Teverina (1.000), per un totale di 7.466 abitanti; effetti demografici;
- Il Distretto di Orvieto passerebbe da 38.688 a 46.154 residenti, diventando il secondo più popoloso della provincia dopo Terni.
- Il Distretto di Narni-Amelia scenderebbe da 49.243 a 41.777 residenti.

Possibile miglioramento per l'accesso ai servizi ospedalieri per i comuni del comprensorio Narnese-Amerino, oggi penalizzati dalla distanza dall'ospedale di Narni-Amelia. L'ospedale di Orvieto diventerebbe così più raggiungibile e competitivo, soprattutto per le urgenze, considerando la limitata operatività dell'ospedale di Amelia.

Al contempo, l'integrazione dei territori favorirebbe una governance più coerente della Zona Sociale n. 12, allineandola con l'Area Interna del Sud-Ovest Orvietano e rendendo più efficiente la gestione dei finanziamenti per i servizi sanitari locali.

10.2 Ampliamento e adeguamento strutturale dell'Ospedale

- Posti letto: aumento della capacità totale a 200, con ridistribuzione tra reparti strategici (Cardiologia, Chirurgia, Oculistica, Medicina Generale);
- Pronto Soccorso: ampliamento degli spazi, razionalizzazione dei percorsi di emergenza e dotazione di tecnologie avanzate per triage e gestione dei codici critici;

- Reparti ospedalieri: ristrutturazione e potenziamento di Chirurgia generale, Urologia, Ostetricia, Medicina Generale e Cardiologia.

10.3 Potenziamento tecnologico

- Aggiornamento delle apparecchiature di diagnostica per immagini (TC, RM, radiologia digitale);
- Implementazione di sistemi di telemedicina e gestione proattiva delle cronicità;
- Dotazioni avanzate per Chirurgia Ortopedica e Oculistica, coerenti con il ruolo di Hub regionale per queste specializzazioni.

10.4 Innovazione e IA per le aree interne

Nel Distretto di Orvieto, caratterizzato da ampie aree interne, si propone l'uso dell'IA per:

- monitoraggio dei bisogni di salute attraverso sistemi predittivi basati su dati territoriali;
- teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione, per garantire prossimità anche nei piccoli comuni;
- supporto all'integrazione socio-sanitaria mediante piattaforme uniche di gestione dei percorsi assistenziali.

Tali soluzioni dovrebbero essere integrate con la formazione del personale e con la partecipazione attiva dei cittadini, in un'ottica di sanità di comunità digitale e solidale.

10.5 Sviluppo dei reparti chiave e personale

- Chirurgia generale e Urologia: creazione di pool stabili di chirurghi, équipe mediche e posti letto dedicati.
- Cardiologia: piena operatività dell'UTIC, integrazione nella rete cardiologica regionale.
- Geriatria: attivazione del nuovo reparto con una sezione particolare dedicata all'Ortogeriatria.
- Ostetricia e Ginecologia: incremento di personale medico e ostetrico per consolidare il Punto Nascita.
- Medicina Generale: gestione integrata della degenza degli anziani, collegamento con strutture territoriali e Case della Comunità.
- Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza: incremento del personale per far fronte agli elevati carichi di lavoro.

10.6 Attrattività e valorizzazione professionale

- Percorsi professionali chiari, formazione continua, tecnologie adeguate e benefit per medici e infermieri.
- Incentivi per fidelizzare il personale e rendere l'Ospedale di Orvieto una scelta professionale di eccellenza.
- Creazione di team multidisciplinari con PDTA integrati e gestione proattiva del paziente.

10.7 Collaborazioni interregionali e mobilità

- Accordi con Toscana e Lazio per attrarre pazienti e ottimizzare la mobilità attiva;
- Rafforzamento dei collegamenti con Case della Comunità e Ospedali di Comunità;
- Integrazione del comprensorio Narnese-Amerino nella rete territoriale dell'Orvietano, ottimizzando l'appropriatezza e la continuità delle cure.

11. Risultati Attesi

La proposta presentata in questo documento non si limita a individuare criticità o a proporre interventi puntuali, ma mira a generare un impatto trasformativo misurabile sul sistema sanitario regionale attraverso la partecipazione attiva di delle cittadine e dei cittadini. L'obiettivo è ambizioso ma realistico: costruire un Servizio Sanitario Regionale che sia percepito come affidabile, vicino ai bisogni reali e capace di rispondere efficacemente alle sfide attuali e future, attraverso un approccio integrato che superi le tradizionali divisioni tra ospedale e territorio, tra sanità e sociale, tra tecnologia e relazione umana.

I risultati attesi si articolano nei seguenti ambiti strategici:

1. Rafforzamento rete ospedale-territorio
2. Maggiore accessibilità e prossimità dei servizi
3. Riduzione attese e ospedalizzazioni evitabili
4. Integrazione professionale e valorizzazione competenze
5. Sostenibilità del SSR umbro attraverso uso efficiente delle risorse
6. Miglioramento dell'accesso ai servizi nelle aree interne grazie a IAe telemedicina
7. Riduzione della frammentazione e dei costi derivanti dall'uso di gettonisti
8. Rafforzamento della fiducia e della continuità assistenziale attraverso professionisti stabili e competenti

12 Conclusioni

Il COSP intende offrire con questo contributo una visione concreta e partecipata di sanità pubblica moderna, integrata e territoriale, fondata sui principi di equità, prossimità e sostenibilità.

L'Umbria ha oggi l'opportunità di ridefinire il proprio modello sociosanitario, ricomponendo la frammentazione tra ospedale e territorio e restituendo centralità alla presa in carico globale e multiprofessionale del cittadino.

Il rilancio dell'Ospedale e il potenziamento del Distretto di Orvieto rappresentano un esempio emblematico di come, attraverso investimenti mirati, governance partecipata e valorizzazione del personale, sia possibile garantire accesso, qualità e continuità assistenziale, anche nelle aree interne.

La proposta di ampliamento del Distretto di Orvieto ai comuni del comprensorio Narnese-Amerino rafforza la coerenza territoriale e la capacità programmatica della Zona Sociale n. 12, favorendo un uso più efficiente delle risorse e una migliore equità di accesso ai servizi.

Il COSP ribadisce la necessità di:

- promuovere una rete ospedale-territorio integrata, capace di rispondere tempestivamente ai bisogni reali della popolazione;
- valorizzare i professionisti stabili e formati, garantendo continuità di cura e senso di appartenenza al SSR;
- adottare tecnologie digitali e Intelligenza Artificiale come strumenti di supporto, e non di sostituzione, alla relazione di cura;
- consolidare governance e finanziamenti trasparenti, orientati ai risultati e alla qualità.

Solo attraverso una visione condivisa e partecipata, capace di unire istituzioni, professionisti e comunità locali, il nuovo Piano Sociosanitario Regionale dell'Umbria potrà realizzare una sanità più vicina, equa e sostenibile, in grado di tutelare il diritto alla salute per tutti i cittadini, in ogni territorio della Regione.

Legenda degli Acronimi

ADI - Assistenza Domiciliare Integrata

ASL – Azienda Sanitaria Locale

CCM – Chronic Care Model

COSP – Comitato Orvietano per la Salute Pubblica

DEA – Dipartimento di Emergenza e Accettazione

DGRT - Delibera Giunta Regionale Toscana

DM – Decreto Ministeriale

EBM – Evidence-Based Medicine / Medicina basata sulle evidenze

ECCM – Expanded Chronic Care Model

LR - Legge Regionale

MTS - Malattie Trasmissibili Sessualmente

PDTA – Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali

PUA – Punto Unico di Accesso

RSA – Residenza Sanitaria Assistenziale

SITRO – Servizio Infermieristico, Tecnico Sanitario, Riabilitativo e Ostetrico

SMA – Salute Mentale Adulti

SMIA – Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

SERD – Servizio per le Dipendenze

SSR – Servizio Sanitario Regionale

TERP - Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

TNPEE – Terapista della Neuro e Psicomotricità dell’Età Evolutiva

UTIC – Unità di Terapia Intensiva Cardiologica

Bibliografia essenziale

Normativa e istituzioni

- Ministero della Salute. *D.M. 2 aprile 2015, n. 70 – Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. G.U. n.127 del 4 giugno 2015.
- Ministero della Salute. *D.M. 23 maggio 2022, n. 77 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*. G.U. n.144 del 22 giugno 2022.
- Regione Umbria. *L.R. 11/2015 – Sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari*. Bollettino Ufficiale n.33 del 12 agosto 2015.
- Regione Toscana. *L.R. 40/2005 – Disciplina del Servizio Sanitario Regionale e dirigenza delle professioni sanitarie*.
- AGENAS. *Rapporto sull'attuazione dei D.M. 70/2015 e 77/2022: standard per la rete ospedaliera e territoriale*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali; 2023.
- Fondazione GIMBE. *Monitoraggio della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2023*. Bologna: GIMBE; 2023.
- Bonaccorsi G, Lorini C. *Case della Comunità e partecipazione civica nella sanità territoriale*. Epidemiologia & Prevenzione. 2023;47(3–4):1–5.
- AGENAS. *Linee guida per la progettazione e gestione delle Case della Comunità*. Roma: AGENAS; 2023.
- D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. (dipartimentalizzazione e governance per processi);
- Legge 42/1999 (autonomia e responsabilità professionale delle professioni sanitarie);
- Legge 251/2000 (dipartimenti delle professioni sanitarie e valorizzazione della dirigenza infermieristica e tecnicosanitaria);
- LR Toscana 40/2005 e s.m.i. (disciplina del SSR e della dirigenza delle professioni sanitarie della regione Toscana);
- Legge 43/2006 (coordinamento, dirigenza e formazione interprofessionale nell'ambito sanitario);
- DGRT 716/2009 (progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale nella regione Toscana);
- DGRT 1235/2012 (azioni di riordino dei servizi del SSR della regione Toscana);
- DGRT 650/2016 (indirizzi per l'implementazione del nuovo modello di sanità d'iniziativa nella regione Toscana);
- Piani Sanitari Nazionali e regionali 2010–2020 (modelli per intensità di cura e percorsi integrati - PDTA);
- D.M. 70/2015 (introduzione di standard qualitativi e quantitativi dell'assistenza ospedaliera);
- D.M. 77/2022 (modelli per l'assistenza territoriale);
- DGRT 1508/2022 (Piano Territoriale Integrato in recepimento al DM 77/22 della regione Toscana);

Chronic Care Model e sanità di iniziativa

- Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998;1(1):2–4.
- Barr VI, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The Expanded Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*. 2003;7(1):73–82.
- Petrelli F, Cangelosi G, Nittari G, Pantanetti P, Debernardi G, Scuri S, Sagaro GG, Nguyen CTT, Grappasonni I. Chronic Care Model in Italy: a narrative review of the literature. *Primary Health Care Research & Development*. 2021;22:e32.
- Ferrara L, Zazzerà A, Tozzi VD. Managing Chronic Conditions: Lessons Learnt from a Comparative Analysis of Seven Years' Policies for Chronic Care Patients in Italy. *Int J Integr Care*. 2022;21(4):1–9.
- Vainieri M, Quercioli C, Maccari M, Barsanti S, Murante AM. Reported experience of patients with single or multiple chronic diseases: empirical evidence from Italy. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:659.

Professioni sanitarie, formazione e governance

- FNOPI. Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità. Roma: Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche; 2022.
- Ministero della Salute. Dirigenza delle Professioni Sanitarie nei servizi territoriali. Roma: Ministero della Salute; 2022.
- Regione Toscana. DGRT n.308/2023 – Progetto “Psicologo di Base”. Firenze: Regione Toscana; 2023.
- Ministero della Salute. Competenze avanzate e formazione continua nelle professioni sanitarie. Roma: Ministero della Salute; 2023.
- Delany K, Frawley J, Overton A, van Dongen J, et al. Interprofessional collaborative practice (IPCP): attitudes, systems thinking and perceptions across professional groups. *Aust Health Rev*. 2025;49:AH25023.

Innovazione digitale e Intelligenza Artificiale in sanità

- Ardito V, Cappellaro G, Compagni A, Petracca F, Preti LM. Adoption of artificial intelligence applications in clinical practice: insights from a survey of healthcare organizations in Lombardy, Italy. *Digital Health*. 2025;11:20552076251355680.
- Causio FA, De Angelis L, Diedenhofen G, Talio A, Baglivo F. Perspectives on AI use in medicine: views of the Italian Society of Artificial Intelligence in Medicine. *J Prev Med Hyg*. 2024;65(2):E23–E30.
- Mezzalana E, Canzan F, Marini G, Longhini J, Leardini C, Saiani L, Ambrosi E. Introduction of novel complex integrated care models supported by digital health interventions in European primary

settings: a scoping review. *Health Policy Technol.* 2024;13:100896.

Sanità territoriale e Case della Comunità

- Bonaccorsi G., Lorini C. (2023). *Case della Comunità e partecipazione civica nella sanità territoriale. Epidemiologia & Prevenzione*, 47(3-4).
- AGENAS (2023). *Linee guida per le Case della Comunità*.

Chronic Care Model e sanità di iniziativa

- Wagner E.H. (1998). *Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice*, 1(1): 2-4.
- Barr V.J. et al. (2003). *The Expanded Chronic Care Model. Hospital Quarterly*, 7(1): 73-82.

Professioni sanitarie, formazione e governance

- FNOPI (2022). *Linee di indirizzo per l'Infermiere di Famiglia e di Comunità*.
- Ministero della Salute (2022). *Dirigenza delle Professioni Sanitarie nei servizi territoriali*.
- Regione Toscana (2023). *DGRT n. 308/2023 – Progetto Psicologo di Base*.
- Ministero della Salute (2023). *Competenze avanzate e formazione continua nelle professioni sanitarie*.

Buone pratiche regionali

- Paci M. et al. (2023). *Implementation of community physiotherapy in primary care. Archives of Physiotherapy*, 13:22.
- Regione Toscana (2023). *Radiologia domiciliare e assistenza territoriale integrata*.
- Mbada C. et al. (2019). *Community physiotherapy utilization and outcomes. BMC Health Services Research*, 19:168.

Salute mentale e dipendenze

- WHO Europe (2022). *Mental Health Action Plan 2013–2030*.
- Ministero della Salute (2023). *Piano Nazionale per la Salute Mentale*.
- ISS (2022). *Linee di indirizzo per la salute mentale dell'età evolutiva e dell'adolescenza*.

Attività Consultoriali

- Ministero della Salute (2021). *Linee guida per i consultori familiari e la prevenzione delle MST*.
- ISS (2022). *Sorveglianza delle malattie sessualmente trasmissibili in Italia*.

- WHO Europe (2022). *Health promotion for adolescents and young people: best practices*.
- Regione Umbria (2020). *Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025: Salute sessuale e riproduttiva*.
- Fonner VA et al. (2014). *School-based sex education and HIV prevention: A systematic review*. *AIDS and Behavior*, 18(3): 467–484.

Riferimenti internazionali

- WHO Europe (2022). *Framework for Action on Integrated People-Centred Health Services (IPCHS)*.
- European Commission (2023). *Integrated care and community-based health systems in the EU*.

Riferimenti regionali e analisi di contesto

- AGENAS. *Analisi delle prestazioni specialistiche 2019–2022: confronto interregionale e trend di appropriatezza*. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali; 2023.
- Fondazione GIMBE. *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e disuguaglianze regionali 2023–2024*. Bologna: Fondazione GIMBE; 20