

SOCIETA' POLITICA, SANITA' NAZIONALE E REGIONALE

INTRODUZIONE

La Sanità è figlia di un luogo e di un tempo. Per capire la "Sanità" occorre comprendere come è stata concepita dai e nei diversi interconnessi contesti sociali, civili, economici e politici, che si sono susseguiti fino ad oggi, attraverso repentini cambiamenti, da un'epoca storica ad un'altra, da un Pensare e Credere personale e comunitario ad un modo "diversamente profondo" di intendere la vita e la relazione umana. Nella progressiva involuzione quale perdita dell'Identità e dell'agire in base e al fine del Bene Comune, senza più Appartenenze, "questa", come, con diverse accezioni, le "altre" proprie di ambiti post-ideologici o secolari. Nel trapassare da un'appartenenza con sicuri punti di riferimento al deserto di Oggi, del nulla dietro, come radici e cultura, e del nulla avanti, come indifferenza o critica passiva a tutto, o del miraggio all'orizzonte, come riflesso di credulità e di fittizie illusioni. Da una parte la pretesa di possesso di diritti unilaterali senza più doveri rispetto all'altro" nell'aridità del nichilismo, nella "tossicodipendenza" da propri desideri e piaceri (confusi per diritti) o nella deriva della passività del divertimento fine a sé stesso senza più il senso dei sacrifici e della propria promozione umana, sociale, lavorativa e dall'altra la Politica che ingenera "riforme" involutive e peggiorative sia istituzionali che normative, queste a cominciare dalla sanità. Da una sanità garantita dentro la giustizia dello stato sociale in un'economia sociale di mercato in sviluppo basata sul valore sociale dell'impresa e del credito, ad una sanità dentro un regime egoisticamente finanziario che domina la stessa economia in decrescita. L'involuzione Sociale e Politica, trascina alla deriva la Sanità, che ne diviene a sua volta specchio: specchio dell'inciviltà politica. Senza "Alta Classe Politica" non si hanno risposte né personali-familiari-sociali né economiche né strutturali, queste in particolare su: formazione scolastica ed educazione culturale e civica, sanità, sicurezza. Tutto si gioca dentro e attraverso la relazione tra Società, Politica e Sanità. La salute di un Paese sta nella famiglia al centro della società di cui è perno, in qualità di vita e di benessere, come fonte di giusta forza lavoro: se crolla, crolla tutto, compresa l'economia. Il Paese in salute, civile e benestante, promuove al meglio la Salute come giusta Sanità. Ma un Paese malato rende malata la Sanità.

L'attuale Politica Monocratica, nel suo intoccabile potere, risulta debole con la finanza e forte con i suoi cittadini, resi deboli e manovrabili attraverso emotività effimere del consenso e quindi a seguire mediante norme e leggi elettorali, più convenienti al momento ma non eque, che di fatto annullano la partecipazione dei cittadini. Partecipazione che si realizza mediante una reale rappresentanza, perché basata sulla scelta preferenziale dei candidati e sulla relazione elettore-eletto. Rappresentanza che per essere tale necessita di uno spazio di conoscenza e di elaborazione e di un tempo di crescita. Compito che era dei partiti e dei corpi intermedi: smuovere le coscienze, stimolare e formare l'impegno. Non certo di transitori comitati elettorali.

Resta di questo il Sindacato Libero.

Se la Democrazia regredisce la Sanità decade disgregata.

QUADRO NAZIONALE

- **L 12 febbraio 1968, n. 132.** Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera. (Governo Moro, Ministro Sanità **Mariotti**). Istituzione degli Enti Ospedalieri, comprensivi di uno o più ospedali, con una propria classificazione, regionale o provinciale. Sono organi dell'ente ospedaliero il consiglio di amministrazione, il presidente, il collegio dei revisori ed il consiglio dei sanitari oppure il consiglio sanitario centrale. Istituzionalmente provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi, contribuiscono alla preparazione professionale del personale sanitario e tecnico; promuovono l'educazione igienico-sanitaria; hanno l'obbligo di ricoverare in urgenza tutti i cittadini italiani e stranieri senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione; sulla necessità del ricovero decide il medico di guardia; gli accertamenti in ordine alla attribuzione delle spese per l'assistenza sono successivi al ricovero; possono, istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro, centri per il recupero funzionale, e compiere ricerche e indagini scientifiche e medico-sociali in ordine al conseguimento degli scopi istituzionali. Si fa riferimento alle Regioni (previste nella Costituzione) che verranno poi costituite e rese attive con la legge 16 maggio 1970, n. 281 e dal relativo regolamento di attuazione, il D.P.R. 15 gennaio 1972, n. 8. Da notare il Consiglio di Amministrazione, articolato su rappresentanti nominati in base regionale o provinciale, elegge il Presidente quale Legale Rappresentante dell'Ente; il ruolo medico del consiglio dei sanitari reale (non come ora fittizio); i presidi esterni all'ospedale in rete con l'ospedale; la titolarità della formazione del personale (ora passata ai corsi universitari) e il compito di ricerca. Resta tutto il sistema basato sulle Mutue, le quali coprono le spese sanitarie: in pratica istituti assicurativi corporativi con iscrizione obbligatoria per lavoratori con garanzia di diagnosi e cura per sé e per il suo nucleo familiare. La maggior parte della popolazione non aveva copertura sanitaria.

-**Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) L 833/ 1978** (Governo Andreotti, Ministro Sanità Tina **Anselmi**): dal sistema mutualistico all'accesso universale e all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione. Salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività con i principi fondamentali di universalità, eguaglianza, equità. Scopo: l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte di tutti i cittadini in base ai livelli essenziali di assistenza. Struttura: le USL, Unità Sanitarie Locali; gestione socio-sanitaria (dalla prevenzione alle cure) da parte degli Enti Locali in un'ottica di condivisione istituzionale, politica e sindacale. Riforma epocale, modello per le altre nazioni, in corso di smantellamento.

LEGGE 8 aprile 1988, n. 109 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria. **DECRETO 13 settembre 1988 -Determinazione degli standard del personale ospedaliero.** **DM del Ministro della Sanità Donat Cattin** (Governo De Mita). Determinazione del personale in base a parametri per posto letto e tipologia di ospedali, previo parere del Consiglio sanitario nazionale e sentite le organizzazioni sindacali maggiormente

rappresentative [allora esisteva la forma democratica della concertazione con i sindacati, ora arriva il "piattino già pronto"]. Obiettivo del DM: dimensionare il personale e i posti letto secondo modelli organizzativi tipo, in pratica stabilisce riferimenti per la pianta organica delle USL.

Obiettivi dei nuovi parametri applicati e attivi in tutte le regioni: 1- aumento complessivo del personale assegnato ai presidi ospedalieri di circa 80.000 unità (12.700 medici e 67.900 infermieri professionali), rispetto alle attuali piante organiche; 2- potenziamento delle attività diagnostiche e di accertamento strumentale organizzate in due turni giornalieri; l'utilizzo delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche per un minimo di 12 ore giornaliere; attivazione delle camere operatorie per non meno di 5 gg. la settimana e, se occorre, turnazione antimeridiana e pomeridiana; riduzione ad un massimo di 15 gg. di attesa per il ricovero ospedaliero; contrazione della durata media della degenza ricondotta a 11 giornate di degenza. Previsto il riequilibrio dei posti letto nel territorio nazionale con soppressione dei presidi con meno di 120 posti letto (interessati 257 istituti per un totale di 18.443 posti letto da disattivare o riaccorpate) al fine di garantire nell'ambito di ogni Regione l'attuazione dell'indice medio di 6,5 posti letto tra pubblici e privati (questi ultimi calcolati al 50%) per 1.000 abitanti.

-Con la Legge 502 /1992 e successiva 517/93, (Governo Amato, Ministro Sanità **De Lorenzo) si riforma il SSN con l'introduzione dell'Aziendalizzazione", trasformando le USL in ASL (Aziende Sanitarie Locali) ed istituendo le Aziende Ospedaliere, entrambe con personalità giuridica pubblica ed autonoma (tecnica, patrimoniale, finanziaria, economica, gestionale, amministrativa e contabile). Il Direttore Generale delle Aziende è nominato dalla Giunta Regionale (a sua volta nomina il Direttore sanitario e il Direttore Amministrativo), i Comuni mantengono rispetto alle sole ASL (e non rispetto alle Aziende Ospedaliere!) funzioni di coordinamento e vigilanza mediante la conferenza dei sindaci. Gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione devono essere assicurati a livello di spesa, nel rispetto degli obiettivi di programmazione socio-sanitaria nazionale, in relazione al Piano sanitario Nazionale (PSN) il quale indica i livelli uniformi di assistenza, le priorità e gli obiettivi, i finanziamenti, la verifica. *In pratica la Sanità viene condizionata da 3 fattori: la scelta dei manager con la fine del ruolo degli enti locali nell'assetto socio-sanitario, l'equilibrio di bilancio, il ruolo dei professionisti "sottoposti "al manager. La prima presuppone la capacità della Giunta Regionale di nominare manager a sua volta capaci con stretto monitoraggio di verifica e di realizzare efficaci Piani Sanitari Regionali mediante una forte gestione da parte dell'Assessorato, con successivi coerenti Atti Aziendali. La seconda un'economia almeno stabile, se non in crescita. Di fatto se viene mancare la capacità politica-istituzionale, l'assenza della pianificazione e programmazione dell'assetto socio-sanitario regionale, la mancanza di capacità dei manager a cominciare dal non-arruolamento e non-valorizzazione del personale e non-implementazione di prestazioni ai fini dell'utenza interna ed esterna e alla non-creazione di attività a profitto, salta tutto. Terzo: il personale medico-veterinario e i dirigenti sanitari delle aziende, non convenzionati, rientrano come dipendenti nel pubblico impiego, unico caso in Europa e nel mondo, con tutto quello che ne consegue di non selezione e scelta dei migliori professionisti, pesati e gratificati, messi in gioco nelle loro abilità, competenze, esperienze:***

allo stato attuale appiattiti e demotivati senza turnover gestionale e reali progressioni e gratificazioni. Essi sono sottoposti alla volontà, spesso assolutistica, dei Direttori Generali, privi del Consiglio di Amministrazione. Negli altri Paesi non esiste il concorso, ma i contratti a conferma secondo le singole capacità e il lavoro prodotto, dove i manager mettono il professionista nelle migliori condizioni per lavorare. E senza l'incubo della Corte dei Conti e della Procedura Penale dell'atto medico (con tanto di risparmi rispetto alla medicina difensiva che costa miliardi all'anno) La riforma ha creato una "aziendalizzazione senza poter essere azienda". Il Pubblico così non può risultare di fatto efficiente nel rispondere ai bisogni dei cittadini.

-Il D.lgs 229/1999 (19 giugno) (Ministro Sanità Bindi) Introduce dei correttivi, nell'ottica di garantire prestazioni sanitarie uniformi in tutto il territorio nazionale; LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), appropriatezza, ruolo della Regione con titolarità legislativa limitata da quanto esclusivo dello Stato. Sono previste forme di concertazione tra la Conferenza dei Sindaci e le AUSL tra cui il Piano Attuativo Locale. Aziendalizzazione ed organizzazione delle strutture sanitarie; conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale; accreditamento istituzionale; partecipazione dei cittadini; sperimentazione gestionale; fondi integrativi; riforma della dirigenza sanitaria e rapporto esclusivo (dirigenza unica, su incarichi professionali e gestionali); formazione permanente e aggiornamento professionale; integrazione socio-sanitaria; protocolli di intesa tra Regioni – Università, strutture del SSN; Piano Sanitario Nazionale. Nel 2001 con DPCM 29 novembre sono stati introdotti i LEA. I nuovi saranno in vigore dal 1° gennaio 2025. In entrambe le due Leggi (502 e 229), tra l'altro, si disciplinano le figure professionali, a cominciare dai Medici sempre nella dipendenza pubblica

-D.lgs 517 /1999.(21 dicembre) (Ministro Università Zecchino) Disciplina dei rapporti tra SSN e Università. Istituzione Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il Servizio Sanitario Nazionale. Regione e Università individuano, in conformità alle scelte definite dal Piano Sanitario Regionale, l'azienda di riferimento. Tali aziende sono caratterizzate da unitarietà strutturale e logistica, con autonoma personalità giuridica. Nell'Atto Aziendale sono altresì disciplinati, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nei Protocolli d'Intesa tra regione e università, la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata e sono individuate le strutture complesse che li compongono, indicando quelle a direzione universitaria. L'Atto Aziendale è adottato dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore dell'Università limitatamente ai dipartimenti ed alle strutture universitarie, e approvato dalla Giunta Regionale. Le università concordano altresì con la regione, nell'ambito dei protocolli d'intesa, ogni eventuale utilizzazione, tramite l'azienda di riferimento, di specifiche strutture assistenziali private, purché già accreditate, qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, nelle altre strutture pubbliche

- Nello stesso anno la stessa compagine politica (Governo D'Alema) emana le due leggi, 229 e 517, contraddittorie, riguardanti rispettivamente la titolarità della regione in materia sanitaria ed il ruolo universitario di fatto anche gestionale delle Aziende Ospedaliere integrate, alterando il rapporto

prima a favore delle Regioni. Si puntualizza che l'istituzione nuova di Aziende Regionali-Universitarie non è un obbligo di legge, ma una possibilità. Resta sempre l'altra possibilità di relazionare i rapporti tra le due Istituzioni attraverso la Convenzione, dove la Regione resta l'unica titolare della Sanità.

- **Legge costituzionale 22 novembre 1999, n. 1** Disposizioni concernenti l'elezione diretta del Presidente della Giunta regionale e l'autonomia statutaria delle Regioni ordinarie (Governo D'Alema). Viene modificata l'originaria normativa costituzionale in materia di forma di governo della Regione, sostituendo il principio dell'elezione della Giunta da parte del Consiglio, con quello dell'elezione diretta del Presidente della Regione. Il Presidente della Giunta regionale, eletto direttamente, nomina i componenti della Giunta, fra i quali un Vicepresidente, e può successivamente revocarli. Inoltre nel caso in cui il Consiglio Regionale approvi a maggioranza assoluta una mozione motivata di sfiducia nei confronti del Presidente della Giunta regionale, entro tre mesi si procede all'indizione di nuove elezioni del Consiglio e del Presidente della Giunta. Si procede parimenti a nuove elezioni del Consiglio e del Presidente della Giunta in caso di dimissioni volontarie, impedimento permanente o morte del Presidente. *Pertanto, con il ricatto delle dimissioni, si legalizza il potere dei Presidenti di Giunta Regionale di "governare" l'operato degli Assessori e di condizionare la rappresentanza delle Assemblee Legislative (Consigli Regionali), in analogia ai Sindaci rispetto alle giunte e ai consigli comunali. Una legge di centro-sinistra dove il Potere Esecutivo concentra su di sé tutta l'Amministrazione ed interferisce sul Potere Legislativo (e sulle altre sue unzioni es. amministrative, controllo, indirizzo politico) scardinando il fulcro della democrazia basata sulla rappresentanza politica degli eletti a nome e per conto dei cittadini. Un Paese normale avrebbe previsto nella normativa l'istituto della sfiducia costruttiva, dove i parlamentari o i consiglieri regionali e comunali dopo la sfiducia in contemporanea eleggono il Presidente dell'Esecutivo, eliminando il ricatto delle dimissioni e ridando titolarità alla rappresentanza delle assemblee e dei consigli [va da sé in analogia incrementale la riforma costituzionale del Premierato del centro-destra, con la fine dell'autonomia del parlamento] Per quanto riguarda la Sanità si determinano queste conseguenze: il Presidente della Giunta Regionale nomina l'Assessore alla salute e alle politiche Sociali(Welfare) e il Direttore Regionale dello stesso assessorato e i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere che a loro volta nominano i Direttori Sanitari ed Amministrativi ("I Manager"); viene meno la collegialità rispetto alle giunte e ai consiglieri; si altera l'assetto della riforma sanitaria del 1978 basata in contesto sociale e politico elettivo, e non verticistico assoluto. Di fatto se va bene o va male la Sanità Regionale viene valutata dall'opinione pubblica in base all'operato delle presidenze regionali. Prima l'attività sindacale si articolava su più livelli a cominciare dagli assessori, dai consiglieri, dalle amministrazioni sanitarie; oggi contano solo i vertici singoli Regionali ed Aziendali, con i conseguenti limiti imposti all'azione sindacale. In analogia ai limiti degli eletti è codificato il decremento delle relazioni democratiche in politica e della concertazione in ambito sindacale.*

- **Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, riforma del titolo V.**, in attuazione alla L 15 marzo 59/1997 (Legge “Bassanini “, Governo Prodi); delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle Regioni e agli Enti locali) La riforma del Titolo V della Costituzione è stata approvata dal Parlamento il 12 marzo del 2001 (Governo Amato). Sottoposta a referendum costituzionale il 7 ottobre, approvata con il 64,2 % dei voti espressi, ma su affluenza del 34.1% degli aventi diritto [dal giugno dopo elezioni, Governo Berlusconi]. Con questa riforma viene in pratica assegnata la Sanità alle Regioni. In continuità con il centro-sinistra l'attuale maggioranza di centro-destra ha approvato (L 26 giugno 2024 n. 86) la legge per l'attuazione dell'Autonomia Differenziata. *Conseguenze. Con la riforma del Titolo V: 1-si rafforza l'auto-potere dei Presidenti delle Giunte Regionali con tutto ciò che ne deriva, come prima espresso; 2-soprattutto si sovverte la riforma sanitaria del 1978, L 833, basata su universalità, eguaglianza, equità, in tutto il territorio nazionale, ed in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. Di fatto la disgregazione del Servizio Sanitario Nazionale ed un rapporto “articolato”, in pratica divaricato, tra governo centrale e governi regionali, aggrava la disomogeneità di condizioni, prospettive, atti, operatività, ecc. 3- Di fatto viene ridimensionato il ruolo cogestionale dell'Università, opzionale, rispetto alla titolarità della Regione.*

ALTRA CONSEGUENZA. Tutte le Regioni si sono adeguate alla legge costituzionale 3/2001 che ha abolito il Co.re.co. (Comitato Regionale di Controllo), disponendo la sua soppressione. Attuati con la legge 10 febbraio 1953, n. 62, operanti solo dopo il 1970 dopo l'approvazione della relativa legge elettorale ed eletti i consigli regionali. Aveva sede nel capoluogo di Regione; organo collegiale nominato dal Presidente della giunta regionale, modificata la sua composizione con la legge n.142/1990 (Ordinamento delle autonomie locali) Compiti: controllo di legittimità su tutte le deliberazioni dei consigli e delle giunte sugli atti amministrativi; annullamento delle deliberazioni illegittime. Nell'istituzione del SSS con la Legge 833/1978 si riconosceva al CORECO analogo potere di controllo sugli atti delle unità sanitarie locali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, fino alla sua soppressione nel 1991 (legge 30 dicembre 1991, n. 412). La sua soppressione ha consentito l'assenza totale di verifica della regolarità normativa e contabile degli atti amministrativi regionali, locali e delle aziende sanitarie, dando luogo, prevalentemente, a disastri deliberativi, anarchia “pro-finalizzata” dei dirigenti apicali, incremento della corruzione, sperpero del denaro pubblico.

-**Legge 8 novembre 2012, n. 189** (Governo Monti, Ministro Sanità **Balduzzi**) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. Riguarda molteplici ambiti, tra cui: il riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie; l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria; la dirigenza sanitaria e il governo clinico; le disposizioni in materia di assunzioni; aggiornamento LEA; misure economico-; finanziarie; la responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie e la gestione e monitoraggio dei rischi sanitari (modificata poi dalla Legge “Gelli-Bianco” 8 marzo 2017, n. 24 - Disposizioni in

materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché' in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie). Tra le diverse disposizioni; le Regioni organizzano l'assistenza primaria, nel contesto dei distretti, per garantire la continuità assistenziale h24, articolata in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) con personale medico e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) con personale multi-professionale (infermieri, ostetriche, tecnici, ecc.); Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, le Regioni istituiscono il Collegio di Direzione composto dalle varie figure di professionisti istituito dalle regioni nelle aziende e negli enti per concorrere al governo delle attività cliniche. *Di nuovo ogni regione ha fatto da sé in ordine sparso, come ad esempio far funzionare o meno le AFT o non istituire nelle Aziende il Collegio di Direzione.*

-DM (Decreto Ministeriale) 70 / 2015, 2 aprile. (Ministro Salute **Lorenzin**; Governo Renzi). "Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". In pratica norma la classificazione-tipologia ed i parametri e standard qualitativi degli ospedali, la riorganizzazione e la nuova configurazione della **rete ospedaliera** e il suo rapporto con la rete del territorio. Ospedali classificati, secondo bacino di utenza, ordine e grado di strutture e specialità: di base, di I livello (spoke), di II livello (hub). *Le Regioni erano e sono tenute ad applicare la normativa, ma sempre con l'obbligo dell'invarianza finanziaria, senza risorse adeguate aggiuntive erogate dal fondo sanitario nazionale necessariamente incrementato (e non decurtato o insufficiente come in questa seconda repubblica). Risorse e regime degli interventi centralmente governati con cronoprogrammi operativi e verifiche dell'efficienza in relazione all'efficacia attesa. In pratica una Riforma senza soldi, senza mezzi e personale, senza tempi di attuazione, nell'autarchia spesso fittizia delle Regioni.*

-DM 77/2022, 23 maggio (Governo Draghi, Ministro Salute **Speranza**) Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. In pratica ridisegna la definizione e la configurazione della **rete territoriale** nel suo complesso a partire dai MGG (medici di medicina generale) e PLS (pediatri libera scelta), a cominciare dalle funzioni e dagli standard del Distretto con strutture e servizi come di seguito.

Casa della Comunità - Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, almeno 1.038. Modello organizzativo di assistenza di prossimità. Luogo fisico di facile individuazione per i bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. **Centrale operativa 116117** - La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale **Centrale Operativa Territoriale- COT** -Funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza **Infermiere di Famiglia e Comunità** - È la figura professionale in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità. **Unità di continuità assistenziale** - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, per condizioni clinico-assistenziali di

particolare complessità che comportano una comprovata difficoltà operativa **Assistenza domiciliare** - La casa come primo luogo di cura. Erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. **Ospedale di comunità** - È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio **Rete delle cure Palliative** - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, **Telemedicina** - Consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Si punta in particolare allo sviluppo dell'assistenza primaria, tra cui: la Stratificazione dei profili di rischio della Popolazione; il Progetto di Salute quale strumento di programmazione, gestione e verifica; il modello di Sanità di Iniziativa in relazione alle malattie croniche. PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) Missione 6 Salute (M6), approvato luglio 2021 (governo Draghi). In pratica il PNRR consiste in un'erogazione di risorse economiche su strutture da realizzare, ma senza risorse per il personale, a cominciare dalle coperture del fabbisogno già sottostimato per anni. *A questa condizione, si sovrappone, in analogia al DM 70, la stessa conseguenza: ogni Regione fa come può (quelle ricche) o come vuole (quelle capaci), al posto del "deve". Si arriva così, nel teatro della propaganda, ad inaugurare strutture vuote, con elenco dei servizi appesi al muro, in solitudine*

Nel sito istituzionale del Ministero (riferito al PNRR) leggesi:

.."nuovo modello di assistenza territoriale di prossimità per portare le risposte ai bisogni di salute il più vicino possibile ai cittadini. "...e enfasi finale di "nuovo assetto istituzionale per la prevenzione sul territorio in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato (One Health) e con una visione olistica (Planetary Health)". *Da calare in una cittadina del Sud e in un piccolo paese del Nord, a Norcia e al centro di Milano. La propria salute in base a dove uno si trova, e in quale momento, nel territorio nazionale: la lotteria di 21 Servizi Sanitari*

-REGIONE-UNIVERSITA' Rapporti disciplinati dalle normative nazionali soprariportate in successione temporale. L'Università fornisce per il ruolo assistenziale il personale dirigenziale medico e sanitario (Professori e Ricercatori) e quello tecnico-amministrativo; la Regione prende in carico il personale, in particolare i direttori di struttura (alias "primari") senza selezione ed eroga fondi

all'Università in particolare per compensazioni stipendiali. Le apicalità delle Strutture Complesse (i Direttori alias "primari"), e in sottordine le strutture semplici dipartimentali e semplici di struttura complessa, di fatto hanno una nomina rettorale, mentre negli stessi ruoli il personale ospedaliero ha tutto un altro iter, mediante selezione sia per assunzione che nella progressione degli incarichi e della carriera. *Questione fondamentale: il rapporto è tra Servizi Sanitari Regionali ed Istituzione Statale delle Università, e non tra Presidente della Giunta Regionale ed il Magnifico Rettore. Con il titolo V la Regione ha la titolarità del governo della sanità, pubblica e privata in particolare convenzionata e nel tipo di accordo con l'Università. La Regione stabilisce, con il PSR (Piano Sanitario Regionale) e con gli Atti consequenziali, la sua organizzazione socio-sanitaria, prima strutturale e poi gestionale operativa, a cui concorrono Università e Privati, formalmente e funzionalmente integrati in Rete, nel rispetto degli standard e delle risorse. La Regione eroga risorse, l'Università no. L'Università apporta il suo Ruolo nel valore scientifico e formativo direttamente correlato all'Assistenza sanitaria, non certo decisionale vincolante. Pertanto, specialmente in una realtà come l'Umbria, il rapporto migliore e congruo Regione-Università si realizza attraverso lo strumento della Convezione riguardante tutto il territorio regionale quindi comprese le Aziende Unità Sanitarie Locali, oltre le Aziende Ospedaliere. Questo risulta un vantaggio per entrambe le istituzioni, tra l'altro si garantisce il piano formativo delle scuole di specializzazioni mediche (ad oggi altre scuole di specializzazione sono andate perse dall'Università di Perugia!).*

- **PUBBLICO-PRIVATO** Con l'Art. 8-quinquies del DLgs n. 502 del 1992, e successive integrazioni, si legifera il rapporto tra la Regioni e le Istituzioni Pubbliche e Private. Il SSN attraverso le Regioni accredita le strutture socio-sanitarie, pubbliche e private, per poter fornire prestazioni e servizi. Le Private sono disciplinate, nel contesto della programmazione regionale, secondo procedimenti di autorizzazione, accreditamento e convenzione. Una struttura privata una volta autorizzata, viene valutata per standard e quindi accreditata, successivamente convenzionata mediante un contratto di erogazione di quote prestabilite di prestazioni pagate poi dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) nel rispetto dei tetti di spesa.

Si è riscontrata (su segnalazione dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato in relazione agli ostacoli limitanti la libertà di iniziativa economica delle strutture sanitarie private) la necessità di modificare l'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per superare il regime di accreditamento provvisorio tra SSN e strutture private, in accreditamento definitivo da parte delle regioni per nuove strutture sanitarie o per avvio di nuove attività in strutture preesistenti. La stessa Autorità ha segnalato di modificare l'articolo 8-*quinquies* dello stesso decreto legislativo (n. 502 del 1992) per sistema di convenzionamento delle imprese private da operare su base selettiva, non discriminatoria, periodica e trasparente, inserendole, attraverso selezioni periodiche regionali, adeguatamente pubblicizzate, che facciano seguito a verifiche sistematiche degli altri operatori convenzionati e alla conseguente eventuale razionalizzazione della rete in convenzionamento. Il tutto è stato quindi normato dalla Legge 5 agosto 2022, n. 118 (legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021).

L'articolo 15 ha modificato il sistema di accreditamento istituzionale e quello di convenzionamento con gli erogatori privati, prevedendo che nel caso di richiesta di accreditamento di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti si tenga conto cumulativamente dei seguenti criteri: qualità e volumi dei servizi da erogare, risultati dell'attività eventualmente già svolta, esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza. Successivamente la modalità per effettuare le valutazioni, sono state definite tramite il Decreto del Ministro della Salute del 19 dicembre 2022, recante "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie". È stata introdotta una forma di selezione, mediante criteri generali, dei soggetti privati accreditati ai fini della stipula degli accordi contrattuali. Per il Convenzionamento delle strutture previste fasi di verifica iniziale e successiva. Il sistema di valutazione coordinato a livello nazionale, nel rispetto delle competenze e delle prerogative delle regioni e delle province autonome, si avvale dell'Agenas.

I privati sono rimborsati attraverso le tariffe secondo il Sistema dei Diagnosis Related Groups - DRG (Raggruppamenti omogenei di diagnosi). Rappresentano lo strumento di classificazione del prodotto finale dell'ospedale con informazioni contenute nello SDO (Scheda di dimissione ospedaliera) quale supporto informativo. I DRG sono la base che determina l'ammontare del finanziamento erogato dalla Regione alle Aziende Ospedaliere e ai Privati: il Servizio Sanitario Nazionale eroga infatti i finanziamenti sulla base delle attività ospedaliere rilevate, remunerando le prestazioni mediante tariffe predeterminate associate ai singoli DRG. Il sistema DRG è definito "isorisorse" (descrive il livello di complessità dell'assistenza erogata secondo il principio che malattie simili, trattate in reparti ospedalieri simili, comportano mediamente lo stesso utilizzo di risorse, umane e materiali)

Nel complesso del "Privato" rientrano le Farmacie, quale presidio sanitario in convenzione nazionale con il SSN per l'erogazione dei farmaci e dispositivi, le quali espletano anche tutta una serie di servizi e prestazioni nell'ambito delle cure primarie. Quindi svolgono sia il compito istituzionale in convenzione, disciplinata da Leggi/ D.gs (del 2009) e DM (del 2010) e protocollo di intesa (del 2022), che attività privata.

Da considerare inoltre, nel rapporto pubblico-privato, anche tutto il "mondo" composito costituito da istituzioni private e associazioni di volontariato, in rapporto con il SSR, che forniscono tutta una serie di multipli servizi, dall'assistenza domiciliare dei pazienti oncologici al trasferimento di pazienti alla donazione di sangue.

Spesa sanitaria in Italia (fondo nazionale) nel 2023 del 6.2% del PIL (Prodotto Interno Lordo) al di sotto della media europea 6.8%. Oltre risorse aggiuntive alle regioni di recupero delle spese per la pandemia covid e per la crisi energetica ed inflazionistica, si rende necessario un fondo nazionale di base di partenza dal 7% del PIL per una sanità di minima efficienza. La quota di spesa delle Regioni rispetto ai propri bilanci si aggira tra l'80 e il 75%, in cui rientra l'erogazione di fondi al privato. In pratica l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari è realizzata dal Pubblico (SSN), dal Privato Accreditato-Convenzionato, dal Privato-Privato dove i cittadini si rivolgono direttamente a spese loro

o con fondi sanitari integrativi o con assicurazioni (quasi 40 miliardi per anno in chiaro fiscale, si ritiene analogo in nero). L'accesso a pagamento rispetto al Pubblico, oltre i ticket per le prestazioni, avviene con le modalità dell'intramoenia e dell'attività aziendale in equipe non attiva in Umbria. Al Privato poi vengono assegnate quote aggiuntive per l'abbattimento delle liste di attesa, a pacchetti di numero di prestazioni senza verifica della qualità. Il Privato Convenzionato è particolarmente presente ed incidente sui bilanci regionali come nel Lazio ed in Lombardia intorno al 30%, in Umbria l'8%. Con dati del Ministero della Salute le strutture censite nel 2022 in Italia risultano pari a: 996 per l'assistenza ospedaliera, 9.085 per l'assistenza specialistica ambulatoriale, 8.045 per l'assistenza territoriale residenziale, 3.126 per l'assistenza territoriale semiresidenziale, 6.922 per l'altra assistenza territoriale e 1.180 per l'assistenza riabilitativa (ex. art. 26 L. 833/78). Per quanto riguarda la natura delle strutture, sono in maggioranza le strutture pubbliche che erogano assistenza ospedaliera (51,3 %) e le strutture che erogano altra assistenza territoriale (86,2 %). Sono in maggioranza le strutture private accreditate che erogano assistenza territoriale residenziale (85,0%), semi-residenziale (72,3%) e le strutture che erogano assistenza riabilitativa ex art.26 L. 833/78 (78,6 %). Annuario statistico del SSN – Ministero della Salute: posti letto ospedalieri totali in Italia nel 2021 4 ogni 1.000 abitanti sotto la media calcolata su 38 Paesi (4,3); posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,4 ogni 1.000 abitanti. Nel 2021 il SSN contava 214 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20,5% nelle strutture private accreditate, 12.027 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (88,6%) e di 8.132 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (76,7%). L'età media dei medici è sempre più elevata, con ben il 56% che ha più di 55 anni; a breve migliaia in pensione.

Nel Pubblico: elenco nazionale e regionale dei “Manager” a cui dover attingere con contratti per diversi anni e “primari” con falsa verifica da 5 a 7 anni assunti per concorso(unico caso al mondo), invece di scadenze in entrambi i casi tipo due anni senza rinnovo automatico con nuovo accesso; “Manager” e “Primari” che diventano abili mediante corso di formazione, con storico dei titoli costruito e confezionato; professionisti oberati dalla burocrazia a partire dai medici convenzionati di medicina generale, in più i dipendenti pubblici aziendali ingabbiati nei propri rigidi CCNL(Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro) dove uno vale uno, senza meritocrazia. Privato: distinto in a-serio, b-semiserio, e c-catena di montaggio, dove il professionista nel caso serio è messo nelle condizioni di lavorare al meglio gratificato, ammesso il rispetto di adeguati standard qualitativi; nel caso ultimo il SSR dovrebbe garantire gli stessi standard del pubblico, favorendo così anche la gratificazione del professionista. Nel Privato “manager” e “primari”, inetti o dannosi, non esistono. Nel Pubblico, in entrambe le figure, convivono gli abili ed i diversamente abili inamovibili, in percentuali che dipendono sempre dalla gabbia della Legge o del CCNL e dal grado di efficienza organizzativa e operativa delle singole regioni.

Il punto: cosa deve fare il Servizio Pubblico, cosa può fare il Privato. La Politica decide e opera secondo un Privato che integra e non sostituisce il Pubblico, o viceversa? Come fa un Servizio Pubblico (dalla Sanità alla Scuola alla Sicurezza) a sopravvivere, senza risorse economiche ed

umane, senza alcune regole, almeno dirigenziali, del privato? Il Pubblico come può far funzionare tutto senza efficienza? Per garantire il complesso della prevenzione a cominciare dagli screening, la medicina di iniziativa e di prossimità nel contesto delle cure primarie, la presa in carico e la continuità assistenziale, l'alta e media intensità di cura a partire dall'urgenza -emergenza, la severa patologia cardio-vascolare, il complesso e lungo trattamento e follow-up onco-ematologico, la morbidità della lunga cronicità, la problematica della riabilitazione o le fragilità socio-sanitarie nell'ambito delle patologie organiche a cominciare delle disabilità, delle problematiche psicologiche, delle malattie psichiatriche, del disagio familiare ecc...è necessario un Servizio Pubblico che, una volta preso atto di non essere autosufficiente, per risultare efficace, decida quanto e come deve svolgere il suo compito istituzionale e quanto e come può svolgere per competenze specifiche il Privato in un regime convenzionato strutturato a sistema quale integrazione. Pertanto la questione da dirimere è quale tipo e quota di prestazioni può il privato erogare in un regime di integrazione strutturato dentro le sanità regionali, inserito nel contesto organizzativo e funzionale della rete ospedale-territorio, in modalità aggregata, complementare o cooperativa, nel rispetto di adeguati standard secondo rigorosi contratti e protocolli con il governo regionale? È tempo di decidere se optare per l'istituzione a norma di legge nazionale di un'assicurazione sanitaria generale integrativa-complementare per bassa intensità di cura e per prestazioni di base es. cronico-riabilitative oppure se lasciare come oggi ad ogni cittadino la facoltà di garantirsi prestazioni sanitarie mediante una propria copertura con assicurazioni o fondi sanitari. Si rende ormai necessaria una decisione normativa nazionale, non potendo più andare a rincorrere e tamponare i problemi. Anche per quanto riguarda situazioni "discriminanti ad arte", con quote di prestazioni affidate ad un privato sì ed a un altro no o ad altro magari meno, in assenza di un regime strutturato di governo delle 21 sanità italiane, condizionato da forti disparità tra loro per "ricchezza" ed efficienza organizzativa. Al di là del privato-privato che comunque dovrebbe avere l'obbligo del rispetto doveroso degli standard qualitativi e dei contratti decentrati di lavoro dei professionisti.

-PERSONALE.

A-Italia caso unico nell'inquadramento dei professionisti nel e con il SSN come rapporto di lavoro

1- Medici-Veterinari e Laureati Sanitari (biologi, chimici, farmacisti, fisici sanitari, psicologi) nella dipendenza pubblica, tutti come Dirigenti, in rapporto di subordinazione, con contratti collettivi di lavoro (CCNL). A complicare, per esempio, i Medici, sia Ospedalieri che Territoriali, sono assunti con contratti di diritto privato pur essendo nella Dipendenza, nel Limbo.

2- Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) in regime di convenzione, liberi professionisti parasubordinati. Rapporto in ambito di diritto privato.

3- Specialisti Ambulatoriali, attività convenzionale in regime di para subordinazione

4. Personale Universitario, nella dipendenza, in convenzione con il SSN / SSR.

Quindi assoluta disomogeneità.

B- Cause del numero insufficiente dei professionisti della sanità a cominciare dai medici.

1- LEGGE 2 agosto 1999, n. 264 Norme in materia di accessi ai corsi universitari. (Governo D' Alema, Ministro Università Zecchino). Dopo diversi anni di selezioni svolte dalle singole università, con questa legge si istituisce il numero programmato(e non chiuso!) degli accessi per i corsi universitari con test nazionale, anche a medicina(anche i "posti" per i corsi di Specializzazione e il corso per la Medicina Generale sono programmati), mediante la determinazione annuale del numero di posti a livello nazionale con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentiti gli altri Ministri interessati, sulla base della valutazione dell'offerta potenziale del sistema universitario, tenendo anche conto del fabbisogno di professionalità del sistema sociale e produttivo. *Quindi è sbagliata la programmazione nazionale.*

2- Decenni di blocco dei turn-over e limite alle assunzioni da normative nazionali finanziarie. Sbagliato il blocco legislativo nazionale delle assunzioni a prescindere dagli standard necessari per un normale servizio sanitario. Condizione cronica di sotto-organico: pochi a sopperire il tanto che nel tempo diviene troppo.

3- Sbagliata programmazione regionale ed aziendale del fabbisogno del personale in prospettiva a medio-lungo termine ed in relazione alle criticità; sbagliato l'istituto di arruolamento dei professionisti a cominciare dai "primari", l'assente selezione dei migliori in abilità e competenze; sbagliato il metodo di valutazione del personale che dovrebbe essere garantita solo da Audit(commissioni esterne indipendenti); sbagliato non garantire la qualità dell'ambiente di lavoro e non promuovere la valorizzazione e premialità dei meritevoli, Sbagliato non prevedere la figura del "senior", il professionista esperto che a fine carriera insegna ai giovani il "mestiere" e non viene sbattuto nei turni frontali alla pari dei neo-assunti (modo per incentivare la decisione di licenziarsi prima della pensione o anticiparla ovvero spingerlo al privato). Sbagliato dopo i 67 anni prolungare a 70 l'uscita dal lavoro senza una reale valutazione del valore del professionista e di quanto può ancora contribuire e come contribuire, o di come il capace può essere messo nelle condizioni di operare al meglio e di essere gratificato (si proroga a prescindere dalla verifica dei risultati e dal grado della reale capacità operativa professionale e soprattutto di promuovere formazione o di mantenere un alto livello assistenziale).

-Per quanto riguarda gli accessi al corso di laurea in Medicina-Chirurgia: sbagliate le materie dei test confondendo la Medicina Chirurgia con la biotecnologia o biomedicina di laboratorio; inoltre concettualmente un test di ragionamento logico può andar bene per un futuro bravo internista e non per un futuro bravo chirurgo e viceversa. Materie dei test che si studiano, per quanto di competenza medica, durante il corso di Laurea e comunque non discernenti le doti innate (abilità al ragionamento internistico o abilità manuale chirurgica), la vocazione (senso dell'altruismo e del sacrificio, passione e operosità) e la razionalità (capacità di riflettere e di tradurre la conoscenza in azione mediante la decisione consapevole di eseguire scelte) tutte necessarie al "divenire" medico. Domande dei test che avrebbero impedito ai migliori medici ed in particolare chirurghi della storia della medicina in Italia la possibilità di accesso e di laurearsi. Occorre ripristinare un corso di laurea dove la base di accesso sia la Cultura e le intrinseche capacità e motivazioni personali. Altro problema: vengono

premiare le Università che promuovono di più, non quelle che preparano meglio, e questo si commenta da solo. Pertanto: è colpa dei Governi la carente programmazione, a partire dai medici, del numero degli accessi alle lauree e ai corsi specializzazione, queste con scellerata riduzione delle sedi e del numero delle scuole di formazione; è colpa dei Governi non aver riconfigurato il ruolo medico centrale nell'assetto del SSN; è colpa dei Governi stabilire un fondo nazionale sanitario inadeguato; è colpa delle Regioni aver tralasciato la politica dell'organizzazione e del personale in assente visione strategica e prospettica; è colpa dei Governi il grado di qualità-preparazione dei corsi di medicina e sanitari. Indispensabile rivedere alcune basi fondamentali, tra cui: ripristinare il ruolo della Medicina Interna sia centrale nell'organizzazione ospedaliera che propedeutico come periodo di formazione per tutte le altre discipline mediche; ripristinare nelle corsie il medico unico di riferimento rispetto al singolo paziente dal ricovero alla dimissione; nel corso specialistico di Igiene lo svolgimento propedeutico di turni di servizio in medicina interna e di urgenza e in chirurgia, quindi nella medicina territoriale H24, evitando come ora di "decidere su cose che non conoscono".

- Allo stato attuale esiste ancora il numero programmato per l'accesso sia alle Laurea in Medicina Chirurgia che ai corsi di Specializzazione, per questi ultimi è prevista una quota di borse aggiuntiva, finanziata dalle Regioni o da enti pubblici o da privati, che non basta. Quindi numerosi candidati restano fuori, con tanto di disagio e problematiche personali e delle famiglie che vedono i propri figli, dopo tanti sacrifici, esclusi, delusi, amareggiati, smarriti. A questo si aggiunge un paradosso: in alcune specialità si ha eccesso di preferenze relazionate alle possibilità di esercitare la libera professione nel privato; al contrario nelle specialità essenziali cardini della sanità pubblica non vengono ricoperti i posti a disposizione, a cominciare dalla medicina d'urgenza (coperto solo il 30%), Resta comunque il fatto che migliaia di idonei in graduatoria restino fuori per non avere raggiunto la soglia di accesso. Terapia: visto che i test prevalentemente non sono correlabili alle capacità e non li selezionano, basta aprire la graduatoria degli idonei alle sole scuole di specializzazione non coperte; inoltre è necessario introdurre, anche negli organici a ruolo, un'indennità economica aggiuntiva a certe specialità in carenza di personale.

Dati recenti riportano che per l'ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) il numero dei presenti si è dimezzato rispetto alle domande inviate, con discrepanze tra candidati e posti disponibili nelle diverse regioni. In alcune regioni il numero di concorrenti è stato superiore all'offerta mentre in molte altre i candidati sono stati inferiori ai posti messi a concorso. Ad esempio, su classifica provvisoria, indicativa, nelle Marche 81 presenze per 155 posti su 165 domande; in Toscana presentati in 150 per 200 posti; Roma per i 207 posti hanno concorso in 420 su 780 domande. Evidentemente questa disomogeneità con carenze regionali va imputata al carente numero di accessi al Corso di Laurea in Medicina, in esteso ai corsi per le altre figure sanitarie.

- Una quota dei vincitori dopo aver iniziato il corso di specializzazione, rinuncia, senza essere sostituito con la surroga, non prevista, rispetto alla graduatoria, bloccata; si perdono così altri posti. --Normative recenti consentono agli specializzandi negli ultimi anni di corso l'accesso al servizio nei pertinenti reparti specialistici del SSN per compensare le carenze di personale, nei limiti dovuti alla

formazione e alle prestazioni che possono effettuare con mansioni prestabilite. -Ulteriore problema il numero di medici dipendenti specialisti, in fuga, che passa dall'ospedale al territorio come Medici di medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

-Altri problemi-1- In Paesi Europei la formazione specialistica viene svolta dagli Ospedali e non dall'Università, con libera scelta delle attitudini e delle aspirazioni; in Italia vige, come in altri concorsi nazionali, il criterio scellerato che in base ai punteggi più alti il candidato sceglie la scuola di specializzazione, con tantissimi che si trovano a subire una specialità di seconda -terza scelta, "tanto per". 2- La fuga dei giovani laureati, e specializzati, e volte meno giovani, all' Estero dove vengono arruolati immediatamente con contratti al pari degli altri colleghi, non esistendo i concorsi e le trafale indignitose, ma con tanto di gratificazioni economiche, qualità del lavoro, progressioni di carriere basate sul solo merito. Alla stessa stregua gli infermieri in fuga con la necessità di attingere per le assunzioni a flussi migratori.

Problema a parte **LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Legge Gelli- Bianco** "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" DECRETO 15 dicembre 2023, n. 232. Decreto attuativo della stessa legge "Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative.... la previsione del bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati *"La Legge era nata per rimuovere dal nostro ordinamento la procedura penale per atto medico (esistente solo in Polonia ed in Messico!) normando la depenalizzazione: nulla di fatto. Ha dissolto la distinzione tra colpa lieve e grave prevista della Legge Balduzzi; ha migliorato quanto previsto per il contenzioso civile. In pratica si continua a spendere per la "medicina difensiva" almeno 13 miliardi all'anno, con sperpero del denaro pubblico. Sta nella capacità politica e nel buon senso che leggi proposte per un obiettivo, una volta stravolte, sia meglio ritirarle prima di andare in aula, o forse c'è dolo.*

-LISTE DI ATTESA Sono l'elenco delle richieste di prestazioni da parte dei cittadini definite come tempi di attesa: la presa in carico registrata e codificata da parte del SSN(SSR) e l'intervallo di tempo della risposta per esaudire le richieste. Tempo teorico: si divide il numero di utenti richiedenti per il numero di prestazioni erogabili per un dato prestabilito periodo di tempo. La gestione delle liste di attesa utilizza il modello dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei per priorità clinica di attesa), che permette di individuare e prefissare tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni specialistiche corrispettive al livello di gravità, secondo indicazione, appropriatezza e priorità clinica. Consente al medico di prescrivere ad un paziente una prestazione specialistica, attribuendo una classe di tempo di attesa Prestazioni ambulatoriali: Classe Urgente (U): da eseguire il prima possibile e, comunque, entro 72 ore; Classe Breve (B): da erogare entro 10 giorni; Classe Differibile (D): da eseguire entro 30 giorni in caso di visite e 60 giorni in caso di accertamenti diagnostici; Classe Programmata (P): da erogare entro 120 giorni. Prestazioni di ricovero, A - entro 30 giorni. Comprende i casi clinici che

possono aggravarsi al punto di diventare emergenti o arrecare grave pregiudizio alla prognosi. B - entro 60 giorni. Considera i pazienti che manifestano intenso dolore, gravi disfunzioni, grave disabilità, o la plausibilità di aggravarsi rapidamente fino a divenire emergenti. C - entro 180 giorni. Si riferisce ai pazienti che hanno minimo dolore, disfunzione o disabilità, e che non dimostrano la tendenza ad aggravarsi. D - senza attesa massima. Definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Devono comunque essere effettuati entro 12 mesi. Le condizioni cliniche di urgenza- emergenza che impongono l'immediato invio del paziente al Pronto Soccorso, non rientrano nei RAO. L'abbattimento dei tempi di attesa è uno degli obiettivi prioritari del SSN-SSR, con l'erogazione delle prestazioni entro un intervallo di tempo corretto e coerente in relazione al grado di necessità di diagnosi e cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, secondo il DPCM del 29 novembre 2001.

All'abbattimento delle liste di attesa, oltre il SSN/R, concorrono gli istituti e le strutture private accreditate convenzionate e le strutture private con pacchetti prestabiliti di prestazioni e servizi; per alcune specialità, ad es. Radiodiagnostica, possibili contratti libero-professionali con turni all'interno degli ospedali Il problema complesso delle liste di attesa è stato nel tempo affrontato a livello nazionale tra ministero e conferenza regioni e province autonome, attraverso AGENAS(Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali). **Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa 2006-2008:** monitoraggio da parte di Agenas, inserita nel Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA. **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012;** ad AGENAS è affidato, oltre il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa, anche quello inerente le prestazioni erogate in libera professione intramuraria e intramuraria allargata (ALPI) e l'implementazione della metodologia per la rilevazione dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDT).L'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa è stato istituito presso la Direzione generale della programmazione sanitaria - con DM 20 giugno 2019 e rinnovato con DM 31 dicembre 2021.(Ministero della Salute, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dai rappresentanti delle Regioni e Province Autonome e dalle Organizzazioni civiche di tutela della salute). **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021** Conferma l'attribuzione ad AGENAS del compito di contribuire alle attività di rilevazione per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria (ALPI). Promuove, come strumento di governo della domanda, la metodologia dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenea – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" - "Aggiornamento Tabelle RAO AGENAS" **PANDEMIA.** Aggravamento forzato delle liste di attesa, con tutta la problematica dei ritardi nelle diagnosi e nelle cure. **RINUNCIA ALLE CURE MEDICHE.** Aumento progressivo post-Covid della percentuale della popolazione che rinuncia alle cure mediche per problemi economici familiari, per carenza di risorse regionali non avendo recuperato i debiti contratti nel periodo Covid, per insufficiente numero dei professionisti in grado di rispondere all'incremento del numero di prestazioni richieste(4.5 milioni di persone, secondo i dati

ISTAT 2023) Il tutto correlato al grado di efficienza o meno del “sistema di organizzazione” del servizio sanitario in ogni singola regione.

-LEGGE 29 luglio 2024, n. 107 (Governo Meloni, Ministro Sanità Schillaci) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante **misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa** delle prestazioni sanitarie. Tra le altre disposizioni si annotano. L'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa presso l'Agenas autorizzata al trattamento dei dati personali (art 1). L'istituzione presso il Ministero della salute dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (nel contesto del sistema SiVeAS) con accesso in tutte le strutture pubbliche e accreditate, riguardo le disfunzioni e l'utilizzo dei finanziamenti erogati, allo scopo di superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali (art 2). Le regioni e le province autonome istituiscono l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa (art. 5) presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che individua il RUAS (Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria). Il RUAS è responsabile di tutto il complesso delle liste di attesa compresi i pertinenti Piani Operativi Regionali, dal monitoraggio e verifica alla definizione di interventi., e si correla con l'Organismo nazionale. La possibilità di erogare visite mediche e specialistiche anche il sabato e domenica e il prolungamento della fascia oraria. Il superamento del tetto di spesa (art 5) per l'assunzione di personale sanitario, fino al 15% dell'incremento del fondo sanitario fissato a livello regionale, e della programmazione dell'assunzione di dirigenti sanitari da parte delle aziende ospedaliero-universitarie, mediante ricorso a contratti di lavoro a tempo determinato con personale medico o sanitario laureato, con le modalità del SSN (*da notare solo quel tipo di Aziende Ospedaliere!*). Dal 2025 il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, può emanare uno o più decreti sulla “definizione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale” degli enti del SSN, ai fini della determinazione della spesa per il personale nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il proprio piano dei fabbisogni triennali, che sono approvati con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze (MEF), previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni. *Quindi, oltre il concetto metafisico di “definire una metodologia per definire”, che si commenta da solo, tutto dipende dal fondo nazionale se incrementato o no e dalle risorse regionali e dal loro equilibrio di bilancio.*

Previsti inoltre nella Legge. L'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, con l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale. Nel contesto della programmazione regionale, riguardo l'accesso alle prestazioni sono previste Agende dedicate per i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), nella gestione delle patologie cronico-degenerative e

oncologiche. Divieto alle aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere l'attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282, Legge n. 266/2005. Le direzioni generali aziendali sono tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste nei limiti delle risorse. Nell'eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità stabilite dal Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 non possano essere rispettati è possibile l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie hanno il dovere di vigilanza, l'esercizio dell'azione disciplinare e la responsabilità erariale sulla mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito. È previsto piano d'azione per le regioni del SUD riguardante i servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale e all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM), dalle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli screening oncologici. I controlli sulle Asl resteranno in capo alle Regioni ma il Ministero della Salute avrà la possibilità di intervenire con poteri sostitutivi in presenza di inadempienze.

Il punto: garantire l'erogazione delle prestazioni richieste. Il problema: l'anagrafica in tempo reale di quanti hanno richiesto una prestazione sia clinico-chirurgica ospedaliera che ambulatoriale che di controllo e di quanti sono stati esauditi alla prima prenotazione in ordine alla classificazione della prescrizione. Ad esempio RAO a 10 e 30 giorni verificare se esista nelle agende un "buco nero dell'universo" dove le richieste "spariscono" perché non realmente prese in carico alias non accettate ("chiusura agende"), comunque non registrate e quindi non censite.

QUADRO REGIONALE UMBRIA

-PIANO SANITARIO REGIONALE 2009 – 2011(PSR) Deliberazione del Consiglio Regionale n. 298 del 28-04-2009

7 dicembre 2017 Annuncio (Assessore Barberini) della realizzazione del Piano Sanitario "che garantisca servizi di qualità e omogenei su tutto il territorio regionale, senza distinzioni. A tal fine, è importante la collaborazione fra presidi ospedalieri e fra ospedali e territorio. Il modello 'ospedalecentrico' è superato e va integrato con i servizi territoriali". "Sono stati 40 i contributi portati dai partecipanti all'incontro di oggi". Per dare gambe ai propositi e agli input dell'incontro, nei prossimi giorni partiranno i 15 tavoli tematici...per evitare frammentazioni, saranno coordinati da un referente dell'Assessorato alla Salute".

-5 febbraio 2018, avvio del percorso di confronto e condivisione **del PIANO SANITARIO 2018-2020** (Assessore Sanità Barberini). Struttura organizzativa composta da quindici tavoli tematici aperti al confronto, da un comitato istituzionale, un comitato scientifico di rilievo nazionale, un comitato di redazione e uno di coordinamento (questo costituito da Direttore Regionale alla Salute-Welfare, Direttori Generali delle 4 Aziende, Preside della facoltà di Medicina dell'Università). Tavoli tematici e di confronto: dedicati a varie materie tra cui psichiatria, cure primarie e assistenza terzo

livello territoriale, disabilità, riabilitazione, dipendenze, cure palliative, prevenzione, rete ospedaliera, emergenza-urgenza, medicina di iniziativa, trapianti e sangue, Tecnologie (HTA) e ICT (Telemedicina), ricerca e medicina di precisione, infanzia ed età evolutiva, patologie croniche; costituiti(250 persone) da funzionari regionali, dipendenti delle Aziende Usl e ospedaliere, rappresentanti dei Disco (Direttori di Struttura Complessa), delle organizzazioni sindacali, del Forum del Terzo settore, di Associazioni di utenti, pazienti e loro familiari e del volontariato maggiormente rappresentative in Umbria. L'obiettivo – viene spiegato dall'Assessorato – è “elaborare un nuovo Piano sanitario non calato dall'alto, ma costruito dal basso, attraverso un'ampia partecipazione della comunità regionale e di tutte le categorie interessate per assicurare servizi e risposte davvero efficaci. Il nuovo Piano nasce dalla necessità di riorganizzare il sistema sanitario regionale definendo un nuovo modello di sanità umbra”

I tavoli hanno avuto seguito con i propri pertinenti contributi, realizzano la prima fase partecipativa. Salvo non effettuare la seconda partecipazione: la sintesi condivisa degli elaborati prima di pre-adottare il PSR.

-12 aprile: inchiesta sanità; “terremoto” – crisi politico-istituzionale(“sanitopoli”) Seguono le dimissioni dell'Assessore (Barberini)

-DGR n. 635 del 8 maggio 2019, “Piano Sanitario regionale 2019-2021. Preadozione” (Assessore Bartolini)

-Decreto della Presidente dell'Assemblea legislativa dell'Umbria 28

maggio 2019, n.1, in seguito alle dimissioni della Presidente: dichiarato lo **scioglimento dell'Assemblea legislativa** con decorrenza 28 maggio 2019;

- **Lunedì 29 luglio** nella sede della Scuola di Pubblica Amministrazione di Villa Umbra a Perugia-Pila. Presentazione pubblica delle principali azioni di intervento del Piano Sanitario Regionale preadottato, sintetizzate nell'acronimo” P.R.O.G.E.T.T.O. per la salute”. (Assessore Bartolini, che rimane in carica fino ad agosto).

“Promuovere la valorizzazione degli operatori sanitari, Riconoscere i protagonisti, Offrire cure in qualità, sicurezza, con le tecnologie più avanzate, Garantire la riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, Estendere i programmi di prevenzione in tutte le fasi della vita, Tutelare le fasce di popolazione, Tracciare le attività e trasferire le informazioni, Orientare l'accessibilità ai servizi “ *Si parla di qualcosa che deve essere istituzionalmente, oltre ad altri passaggi(tri cui Ministero e Università), partecipato in III Commissione Consiliare, quindi Adottato, alla fine Approvato dall'Assemblea Legislativa(Consiglio Regionale), sciolta. In un contesto di crisi istituzionale e di fase pre-elettorale.*

-Percezione generale: un passo diverso tra un tipo di governo regionale di centro sinistra fino al 2000 ed il nuovo tipo di giunte di centro sinistra fino al 2019. Si riscontra.

1. Il **PSR ultimo approvato il 28 aprile 2009**(Deliberazione del Consiglio Regionale n. 298/2009). Legge Regionale 12 novembre 2012, n. 18(Ordinamento del servizio sanitario regionale). Decreto

Ministeriale(DM) 70 del 2015 del 2 aprile e Legge Regionale del 9 aprile 2015 n. 11(Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali). 7 giorni di distanza dai due atti, dove il secondo naturalmente non contempla il primo.

2. Tavoli tecnici per il nuovo Piano insediati a febbraio del 2018, **preAdozione del Piano maggio 2019**, senza sintesi degli elaborati dei tavoli. Riduzione da 4 USL a solo 2, Nord e Sud, mantenendo le due Aziende Ospedaliere Perugia e Terni in Convenzione con l'Università. DM 70 in assenza di gravità, sospeso in aria, tra cui la “mission” dei singoli ospedali. 10 anni senza PSR. Ad oggi 15.

3. Opinione pubblica prevalente: manager regionali ed aziendali capaci, ma lasciati senza una strategia, a causa di una condizione di “assenza della politica”, se non “incombente” e gravosa per altre ragioni.

4. Opinione pubblica prevalente: disarticolazione, per diatribe interne alla maggioranza, tra Presidenza ed Assessorato Sanità, e con e tra i Consiglieri Regionali di Maggioranza, determinando una condizione generale stagnante e di disagio.

NOTA. Dal 2014 il bilancio tra mobilità interna ed esterna diviene negativo, peggiorando progressivamente: aumento dell'utenza interna regionale in uscita, diminuzione dell'utenza esterna verso la nostra regione, perché non più soddisfatta la richiesta degli Umbri, non più attraente la Sanità Umbra per i cittadini delle altre regioni. Con tanto di aggravamento delle liste di attesa.

A seguire la fase Pandemica, attualmente il bilancio persiste negativo.

-27 ottobre 2019. Elezioni i regionali. Presidente e Giunta di centro-destra (“da Marini a Tesei”) Opinione pubblica 1- La Sanità è sentita come motivazione di voto a livello regionale, per paradosso molto meno in quello nazionale. 2- Tra sconcerto per l'inchiesta giudiziaria e percezione di “qualcosa che non è andato negli ultimi tempi”, si è fatta strada una voglia di fondo di “cambiamento” (tra cui una quota di elettori di centro sinistra). 3- La congiuntura temporale di una forte spinta elettorale nazionale verso la destra in quel momento targata Lega (a seguire la tendenza di altalenanti emotive fugaci effimere impennate del consenso con rapide ricadute, del tipo Renzi, Grillo, Lega...), con comuni umbri storicamente di sinistra “capovolti”. Voglia di cambiamento, grande attesa. Nominato Assessore alla Sanità Luca Coletto già con comprovata esperienza di assessore in Veneto.

31 gennaio 2020. Delibera del Consiglio dei Ministri. **Dichiarazione dello stato di emergenza nazionale (“pandemia Covid”)** Chiusura dello stato di emergenza il 31 marzo 2022.

La nuova giunta si è trovata addosso una calamità epocale e ha dovuto affrontare una sfida senza risorse economiche adeguate in carenza di personale e di strumenti a partire dal numero esiguo delle unità intensive. Ha svolto quanto doveva con deliberazioni, atti operativi ed in particolare le ordinanze, riuscendo a contenere l'improvvisa disastrosa pandemia, perdurante con impennate in particolare la seconda / terza ondata a cavaliere tra ottobre 2020 e primavera 2021.

27 dicembre 2020 avvio in tutta Europa della campagna di vaccinazione. La gravità ha svelato agli Italiani il grado di criticità della Sanità del Paese. Ma passata la tempesta, in pratica, oggi tutto è come prima. Dimenticati lo sforzo di tutti i sanitari e le perdite e la gratitudine. Dimenticati il dolore

dei pazienti e delle famiglie, la rabbia per l'impotenza di non avere strutture e strumenti, la voglia di riscatto per una migliore sanità. Lezione rimessa "sotto vuoto spinto", da parte della società e della politica. Salvo la "memoria attiva" dei debiti sanitari" delle Regioni, non compensati appieno dallo Stato.

- **DPGR 31 gennaio 2020, n. 10.** Dott. Claudio Dario, nominato dal 1° febbraio 2020, Direttore regionale della Direzione Salute e Welfare, con comprovate capacità manageriali in Veneto e Trentino, attratto della sfida di costruire una nuova sanità per l'Umbria in risposta al mandato del consenso elettorale. In coincidenza simultanea la fatalità della "tempesta perfetta". Da capace riformatore della sanità umbra a timoniere della stessa, già in crisi, per governarla tra le ondate della pandemia. Opinione pubblica diffusa: in grado di promuovere il "cambiamento" atteso. Primo passo per il nuovo PSR: elaborazione di un documento propedeutico, pensato e stilato nel corso del 2020.

- **DGR N. 134 del 26/02/2021. LIBRO BIANCO Sanità e Sociale 2019.** Linee Strategiche del nuovo Piano Sanitario Regionale (Assessore Coletto, Direttore Regionale Dario) Riguarda: l'analisi dello stato del sistema sanitario e sociale al 31.12.2019, quale fotografia dell'esistente, e delle relative criticità, per l'elaborazione del nuovo Piano Sanitario Regionale.; l'individuazione di 12 Linee Strategiche

Analisi della rete ospedaliera umbra, con i 15 Presidi Ospedalieri e le 2 Aziende Ospedaliere regionali: eccessivamente articolata e non in tutti i casi conforme ai parametri dettati a livello centrale dal DM. 70/2015, (recepito a livello regionale con DGR 2012/2016) Il numero dei Posti Letto/1.000 ab. (3.69/1000 ab.) essenzialmente conforme allo standard di cui al suindicato DM (3.7/1.000 ab), con un lieve eccesso di PL per acuti (3.18 vs 3.00/1.000 ab. previsto dal DM) rispetto a quelli lievemente al di sotto dei parametri dei PL per riabilitazione (0.51 vs 0.7/1.000 ab previsto dal DM). Particolarmente fuori target risulta la rete dei Punti nascita. Inattuato il protocollo d'intesa con l'Università degli Studi di Perugia. L'Umbria è l'unica regione del centro Italia a non avere un IRCSS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, quei enti ospedalieri nazionali). Eccessiva articolazione organizzativa dell'area territoriale, rappresentata dalla presenza di 12 Distretti, con sostanziale disomogeneità nell'erogazione delle prestazioni e quindi mancanza di equità di accesso alle stesse. Le istituite Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sono attuate in modo disomogeneo e attualmente non svolgono le funzioni assegnate con mancanza completa della costituzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Sono carenti i servizi di salute mentale, prevenzione, cura e riabilitazione dell'età adulta ed evolutiva; manca una Residenza per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS). Disomogeneità tra le due Aziende USL per i servizi a persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool. Carenza di alcuni servizi come ad esempio quelli riabilitativi, le cure palliative e le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Pediatri di Libera Scelta. Si registra una forte criticità per il considerevole decremento della mobilità attiva e per l'aumento della fuga dei pazienti verso le Regioni limitrofe. Dal 2014 infatti (saldo positivo di oltre 20 milioni euro,) si registra progressivamente una forte diminuzione della mobilità attiva (in entrata), con aumento della passiva (in uscita): nel 2018 primo saldo negativo di oltre 1 milione di euro; andamento confermato

anche nel 2019, in cui si riporta un saldo negativo di 3,3 milioni di euro. Gli Umbri si recano fuori regione principalmente per prestazioni di ortopedia, protesi ortopediche di anca e ginocchio, riabilitazione, oncologia chirurgica e chirurgia pediatrica. Causa della fuga dei cittadini è rappresentata anche dall'insufficiente attrattività del SSR umbro verso i professionisti, sempre più orientati a prestare la propria attività o in altre realtà regionali, ovvero in ambito privato. Sul versante sociale l'ultimo Piano approvato (Deliberazione Assemblea Legislativa 7 marzo 2017, n. 156) individua nella Zona sociale la forma associata con comuni esercenti le funzioni in materia di politiche sociali: risulta in gran parte inattuato per la mancata elaborazione dei Piani sociali di zona con scarsa integrazione socio-sanitaria.

Le 12 Linee Strategiche per l'elaborazione del nuovo PSR

1. Gestione del cambiamento per bilanciare ordinario e Covid-19, riguardo le disponibilità di risorse finanziarie e la capacità programmatica di spesa
2. Articolazione organizzativa per la gestione dei progetti
3. Istituzione della cabina di regia politica e il board per il funzionamento dell'assetto istituzionale (governance centrale)
4. Riorganizzazione del nuovo Distretto, istituendo il nuovo Direttore di Distretto e il Dipartimento di Cure Primarie. Riduzione del numero dei distretti, dai 12 ai 4 attuali.
5. Sviluppo dei processi per la presa in carico del cronico anche con la sanità digitale approccio proattivo e allo sviluppo di un piano di cura personalizzato tramite un referente clinico per ogni patologia.
6. Coinvolgimento dei professionisti per la revisione delle reti di patologia
7. Sviluppo delle attività di programmazione per l'Azienda Ospedaliera Universitaria e per l'istituzione dell'IRCCS
8. Sviluppo di nuove strategie di prevenzione anche con l'ausilio della sanità digitale e istituzione del Dipartimento di Prevenzione interaziendale
9. Portare l'hospice su tutto il territorio. L'attuale numero dei posti letto in Hospice (28) è di gran lunga inferiore al valore standard nazionale (n. 47 per l'Umbria in base al DM 43/2007, in attuazione all'art. 1, comma 169 della L.311/2004).
10. Incrementare l'adesione al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte dei cittadini.
11. Istituzione di un nuovo luogo dove integrare politiche e programmazione socio sanitaria. Un luogo in cui ricomporre ed integrare le strategie politiche e di programmazione degli Enti Locali con quelle sanitarie, per una pianificazione integrata.
12. Sviluppo del sistema di accreditamento sociale e socio sanitario.

-31 marzo 2021. Si conclude il rapporto di lavoro del dr. Claudio Dario con la Regione Umbria, in pensione al 1° aprile. In aprile nominato nuovo Direttore Regionale il dott. Massimo Braganti, già con lunga esperienza dirigenziale in altre regioni e alla nostra Usl 2.

In continuità sono emanate

-DGR n. 1138 del 17/11/2021 PIANO SANITARIO REGIONALE 2021-2025(PSR) PREADOZIONE
Dal titolo "UMBRIA: LA SALUTE AL CENTRO" Schema di proposta del Piano Sanitario Regionale 2021-2025, avvio degli adempimenti di concertazione sociale ed istituzionale. Secondo la normativa: trasmissione dell'atto al Consiglio delle autonomie locali (CAL), alle Conferenze dei sindaci, all'Università degli Studi di Perugia, al Ministero della Salute. Mandato all'Assessore, in esito dell'acquisizione dei pareri e all'espletamento della fase concertativa, di redigere il Disegno di Legge

(DDL), da presentare all'Assemblea Legislativa, finalizzato alla modifica e all'integrazione della LR 11.

Ottenuti i pareri, in particolare: Consiglio delle autonomie locali (CAL), favorevole con osservazioni e raccomandazioni; alle Conferenze dei sindaci, alcuni comuni della USL 2 hanno espresso dei pareri, quelli della USL 1 non hanno fatto pervenire alcun parere(!); Università degli Studi di Perugia con Decreto Rettorale 18 gennaio 2022. n. 3, non positivo con richiesta di revisione, ma non vincolante; Ministero della Salute, pervenuto con nota acquisita in data **06.06.2022** n 0138389, positivo e vincolante (Ministro Speranza, Governo Draghi)

- **DGR n. 792 del 01.08.2022** DDL "Ulteriori modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 (Testo Unico in materia di Sanità e Servizi sociali) e ad altre leggi regionali". A seguire nella stessa seduta la successiva deliberazione.

- DGR N. 793 del 01/08/2022. PIANO SANITARIO REGIONALE 2022-2026.

Approvazione del DDL (Disegno di Legge), la relazione e relativi allegati

Nel parere espresso dal Ministero la relazione riporta... "viene sottolineato l'impegno della Regione ad elaborare **specifiche schede di intervento** che, per ogni strategia delineata, definiranno gli obiettivi generali e specifici, le azioni attuative, con relativi target e cronoprogrammi".

Nel PSR sono state definite **sei strategie**, come principi cardine del presente Piano. Strategie da applicate in maniera modulare nell'attuazione di ognuna delle **dodici priorità** di intervento individuate.

Le sei strategie

1. COVID-19 LA SFIDA. "In luce tutte le criticità e fragilità del sistema, dall'altro è stata un'opportunità per rafforzare la collaborazione tra i vari livelli di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale....applicare all'attività ordinaria le best practice (migliori pratiche) acquisite nel periodo emergenziale per il contrasto della pandemia".
2. INTEGRAZIONE. "Sistema integrato di politiche di promozione della salute in nome dell'approccio One Health (*Una Salute; intesa nel suo complesso globale uomo-animale-ambiente e come integrazione tra discipline diverse*), di integrazione professionale tra medicina di base e specialistica, tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra sanità e servizi sociali, in modo tale da garantire la riduzione delle disuguaglianze di salute anche e soprattutto per gli individui più disagiati della comunità".
3. SEMPLIFICAZIONE. "Occorre facilitare i rapporti tra il cittadino e il SSR attraverso lo snellimento dei processi burocratico-amministrativi finalizzandoli ad una maggior chiarezza nelle modalità di richiesta delle prestazioni e dell'assistenza sanitaria, definendo in modo preciso gli interlocutori ed i punti di accesso secondo le diverse necessità dell'utenza, introducendo altresì strumenti innovativi di sanità digitale".
4. ASSICURAZIONE. "La disomogeneità nelle modalità di accesso, nei tempi di risposta e nell'erogazione delle prestazioni specialistiche ed assistenziali...di assicurare al cittadino di potere accedere in maniera equa ad un sistema di servizi di qualità omogenei su tutto il territorio regionale".
5. ATTENZIONE PER IL PERSONALE "... si rendono necessari interventi volti a valorizzare le competenze per la crescita del personale sanitario, considerando le soft skills, promuovendo un

clima di benessere organizzativo, investendo in maniera massiccia sul rafforzamento dell'organico dei luoghi di cura, sia in termini numerici che di qualità professionale, di qualità del rapporto di lavoro, nonché sulla formazione, facendo sì che il PSR umbro diventi un polo attrattivo per le eccellenze professionali, invertendo il trend degli ultimi anni”.

6. SANITÀ A MISURA DEL CITTADINO... “assicurare prestazioni appropriate, con l'impiego della congrua quantità di risorse, con particolare riferimento ai diversi setting assistenziali ed ai professionisti coinvolti con il fine di pervenire al miglior rapporto costi - benefici, e non aumentare la quantità o i punti di erogazione dei servizi. Ne costituiscono corollario/fondamento la qualità delle prestazioni, la sicurezza delle cure e l'equità di accesso ai servizi da parte dei cittadini. Tali benefici saranno realizzabili attraverso il recupero del ruolo centrale della medicina di base, di azioni di promozione della salute e stili di vita sani, implementando le modalità di presa in carico del paziente cronico, come elemento di sviluppo della medicina di iniziativa, con l'applicazione di un approccio proattivo del sistema verso i più fragili e la progressiva transizione digitale...”

Dalla relazione rispetto alle priorità: “Le principali novità introdotte riguardano la **Governance** con elementi di innovazione rappresentati dal Board per il governo del SSR, il supporto del C.RE.VA, il nuovo sistema di accreditamento istituzionale, l'**Assistenza Territoriale**, con la riduzione del numero dei distretti da 12 a 4, la istituzione delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali (COT), la presa in carico del malato cronico, il potenziamento delle cure palliative, la **riconfigurazione delle Rete Ospedaliera** in aderenza ai parametri del DM 70/2015, con revisione delle reti dei servizi clinici generali e della rete dell'emergenza e urgenza e la realizzazione dell'elisoccorso regionale. Interessanti anche le principali novità introdotte nelle **aree trasversali** con la previsione di un IRCSS, l'attuazione del Protocollo d'Intesa con l'Università degli Studi di Perugia di cui alla citata DGR 364/2022 e lo sviluppo dell'ecosistema digitale dei servizi per il cittadino. “Con la stessa DGR viene dato mandato al Presidente di presentarlo all'Assemblea Legislativa, l'Assessore indicato a rappresentare la Giunta regionale in ogni fase del successivo iter e ad assumere tutte le iniziative necessarie. [In pratica il DDL viene trasmesso alla III Commissione Consiliare dell'Assemblea Legislativa(Sanità e servizi sociali), per procedere all'iter istituzionale partecipativo: consultazione di tutti gli Enti e le organizzazioni interessate per l'esame e le valutazioni; il testo licenziato viene sottoposto all'Assemblea del Consiglio Regionale Il Consiglio discute il testo procedendo alla votazione di ogni singolo articolo e alla votazione finale per appello nominale (fase di approvazione).Durante l'esame in Commissione e quello successivo in aula consiliare, è prevista l'eventuale presentazione di emendamenti al fine di aggiungere, cancellare o sostituire parti del testo. Il testo approvato viene inviato dal Presidente del Consiglio Regionale al Presidente della Giunta Regionale ai fini della promulgazione e pubblicazione].

26 luglio 2021 RETI DI PATOLOGIA E RETI DEI SERVIZI CLINICI-.

(Assessorato Sanità, DG Braganti)

Reti di Patologia: 1- Tempo Dipendenti: Cardiovascolare, Ictus, Traumatologia, Neonatologia e Punti di Nascita; 2. Cardiologia e Cardio-riabilitazione; Neurologia e neuro-riabilitazione; Oncologia; Pediatria; Chirurgia.

Reti dei Servizi: Laboratori; Radiologia; Medicina Trasfusionale; Anatomia Patologica; Radioterapia. Coinvolgimento di professionisti con nomina formale, per singola specialità e tematica, con il mandato (28 luglio) di elaborare di una bozza di proposta di revisione delle reti in oggetto, in relazione al nuovo PSR. Quale contenuto dello stesso, rispetto alla cornice normativa. I professionisti individuano altri professionisti (in gruppi di lavoro) per lo sviluppo del Progetto da consegnare alla Direzione Regionale, con cronoprogramma in tempi stretti (entro il 30 settembre c.a.). Fase successiva la presentazione in Assessorato degli elaborati: svolta negli immediati successivi mesi. *Questi Reti (modello per “setting e timing”) configurano uno degli assetti strutturali principali di un PSR, assieme ad altri (all'interno e tra Territorio ed Ospedali) da contemplare e stilare quali ad es. l'ambito della prevenzione compresa l'area veterinaria o la definizione esatta del rapporto Regione -Università*

Quindi:

1. **LIBRO BIANCO** Sanità e Sociale DGR N. 134 del 26/02/2021.

2 **RETI DI PATOLOGIA E RETI DEI SERVIZI CLINICI-**. Inizio lavori 26 **luglio 2021**, consegnati gli elaborati negli immediati mesi successivi

3.**PREADOZIONE PSR -PIANO SANITARIO REGIONALE 2021-2025** DGR n. 1138 del 17/11/2021

4. DGR N. 793 del 01/08/2022. PIANO SANITARIO REGIONALE 2022-2026. Approvazione del DDL (**Disegno di Legge**).

Notare preadozione PSR 2021-2025, Disegno di Legge PSR 2022-2026

Il punto

Si arriva ad agosto 2022 all'approvazione in Giunta del Disegno di Legge del nuovo PSR, quale sostanziale cornice in particolare normativa, che approda nell'Assemblea Legislativa nella sua III Commissione Consiliare per la valutazione e la partecipazione istituzionale.

Diatriba istituzionale: se portare in Aula il solo Disegno di Legge del PSR o inserire nello stesso il Contenuto in un Unico ATTO, una volta adottato dalla giunta regionale, comprese le Reti, ferme negli uffici delle Direzione Regionale Salute e Welfare. Neanche l'idea di approvare, dopo la partecipazione istituzionale in Aula prima il PSR così redatto quale base strutturale e poi subito a seguire nella stessa l'allegato unico con tutto il Contenuto del PSR, questo sempre modificabile in relazione a nuove problematiche o adeguamenti normativi di tipo operativo.

Quindi ad oggi: Disegno di Legge-PSR in Consiglio, parte del Contenuto (Reti) in Giunta. Stallo “divaricato” (Giunta Vs Consiglio), senza conclusione.

A giugno del 2022 viene nominato Direttore Regionale il Dr. Massimo D'Angelo; il Dott. Massimo Braganti Direttore Generale USL1.

In assenza del PSR si susseguono nel tempo deliberazioni di Giunta Regionale riguardanti l'organizzazione sanitaria regionale, tra cui se ne annotano alcune "maggiori" strutturali, altre specifiche di cui se ne riportano alcune esemplificative

-DGR 25.05.2022, n. 510, recante "Riorganizzazione e razionalizzazione della Rete dei Laboratori Analisi della Regione Umbria"

- DGR n. 664 del 30.06.2022, avente ad oggetto "Accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2022 – Integrazione";

-DGR n. 1019 del 05/10/2022, avente ad oggetto "Accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2022 – DGR n. 664/2022 – Ulteriore integrazione";

-DGR n. 1024 del 05/10/2022 "*Piano di Efficientamento e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024. Determinazioni*";

-DGR n. 1174 del 09/11/2022, Istituzione del dipartimento interaziendale regionale di emergenza urgenza - Nuovo assetto organizzativo della rete regionale dell'emergenza urgenza. Determinazioni";

-DGR n. 1176 del 09/11/2022, "Programmazione fabbisogno posti letto rete ospedaliera. Determinazioni", con cui è stato dato mandato alla Direzione Salute e Welfare di procedere alla revisione della DGR 212/2016, adottata ai sensi del DM 70/2015;

-DGR n. 1182 del 11/11/2022, avente ad oggetto: "*Il terzo polo sanitario regionale -documento programmatico di integrazione funzionale dei presidi ospedalieri "SAN GIOVANNI BATTISTA" di Foligno e "SAN MATTEO DEGLI INFERMI" di Spoleto". Pre-adozione*";

-DGR 14.12.2022, n. 1329 "Approvazione del documento "Riorganizzazione assistenza territoriale in Umbria come indicato dal DM 77/2022". In parte correttiva della 1024 di ottobre.

-DGR N. 1418 del 30/12/2022 Revisione della DGR n. 212 del 29/02/2016, Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario regionale" attuativo del Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (D.M. 2 Aprile 2015, n. 70) Preadozione

-DGR n 148 del 15/02/2023 Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Modello organizzativo e approvazione Piano unico di formazione regionale in sanità 2023

- Nel passaggio dall'Emergenza COVID all'attuazione del PNRR sono emanate pertinenti deliberazioni [Es-DGR n. 96 del 09.02.2022 Rimodulazione del Piano di Riorganizzazione della rete ospedaliera adottato con Delibera di Giunta Regionale 483 del 19.06.2020 ai sensi dell'art.2 del

decreto legge 19 maggio 2020 n. 34". Es. DGR n 557 del 31/05/2023 PNRR MISSIONE 6 SALUTE. Investimento M6C1I1.2.1 "Casa come primo luogo di cura-Assistenza domiciliare" – Nomina Referente Unico Regionale (RUR).]

-DGR n 148 del 15/02/2023 Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Modello organizzativo e approvazione Piano unico di formazione regionale in sanità 2023

-DGR n 1399 del 28/12/2023 Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 - Allineamento alla DGR 212/2016 - TERZO POLO. Integrazione Ospedale/Territorio

Con questa delibera si riconfigurano tutti gli ospedali pubblici e privati accreditati, stabilendo numero e tipo delle strutture complesse e semplici (numero e asse dei "reparti" con i pertinenti posti letto e dei servizi). Manca l'integrazione con il Territorio secondo il DM 77, non indicando la "mission" dei presidi per il recupero dell'utenza interna-esterna e l'abbattimento delle liste di attesa. Presenza di grossolani errori quali a titolo di esempio: l'assenza di una Struttura Complessa di Geriatria all'Ospedale di Terni, la Chirurgia maxillo-facciale a Perugia non elevata a Struttura Complessa, la declassazione della struttura di Radioterapia di Città di Castello da complessa a semplice.

-DGR N. 1401 del 28/12/2023 Appropriately prescrivibile delle prestazioni di specialistica ambulatoriale -Alert prestazioni radiologiche ed endoscopiche. Gestione Percorsi di Tutela e Prestazioni successive. Adozione.

-DGR N. 1406 del 28/12/2023 Linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria. Adozione.

-DGR N. 1407 del 28/12/2023 Piano Regionale Sangue e Plasma 2024-2026; Approvazione.

-DGR 26/06/ 2024, n. 609 - Rete Oncologica Regionale (ROR) - DGR 20/09/2024, n. 1046 Rettifica alla DGR n 609 del 26 giugno 2024 "Rete Oncologica Regionale (ROR)", Evoluzione.

-DGR N. 858 del 06/09/2024"Modificazioni e integrazioni di leggi regionali."

Atto 2212 Disegno di Legge con allegato trasmesso all'Assemblea Legislativa. Riguarda diversi ambiti.

Il CAPO VI contempla. Modificazioni alla legge regionale 09 aprile 2015, n. 11 (Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali). "Con le modifiche introdotte alla legge regionale n.11/2015 dagli artt. 8, 9, e 10 del presente DDL, si intendono realizzare due macro obiettivi: di tipo tecnico e di tipo economico; l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e cura con l'inserimento del presidio della Media Valle del Tevere nell'AO di Perugia e con l'inserimento dell'Ospedale di Narni, l'Ospedale di Amelia e l'Ospedale Domus Gratie nell'AO di Terni". *Essendo un Disegno di Legge da approvare in Consiglio Regionale al momento la configurazione in oggetto è intenzionale, così come il personale da assegnare ai presidi, o meglio, da trovare come le relate risorse.*

Rimane il problema del nuovo Ospedale di Terni di cui è prioritario individuare la missione, prima della progettazione e non viceversa: ruolo, strutture, capacità di attrarre utenza esterna fuori Regione.

Il punto.

1-Le Deliberazioni di Giunta maggiori strutturali riguardanti sostanzialmente la rete ospedaliera risultano: n. 1024 del 05/10/2022, n. 1329 del 14/12/2022, n. 1418 del 30/12/2022, n. 1399 del 28/12/2023, n. 858 del 06/09/2024. *Una dopo l'altra emanate con in mezzo due deliberazioni inerenti il protocollo d'intesa con l'Università*

-DGR n. 364 del 20.04.2022 “Protocollo generale d'intesa tra Regione Umbria e Università degli Studi di Perugia in attuazione dell'art. 1, comma 1, D. Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, del DPCM 24 maggio 2001 e ai sensi della legge 30 dicembre 2010, n. 240 e della legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 – Preadozione”

DGR N. 59 del 30/01/2024 Modifiche al “Protocollo generale d'intesa fra Regione Umbria ed Università degli Studi di Perugia, in attuazione dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517, del DPCM 24 maggio 2001 ed ai sensi della Legge 30 dicembre 2010, n. 240 e della Legge Regionale 12 Novembre 2012, n. 18” siglato in data 20 aprile 2015 – Sostituzione dell'Allegato “C”.

1- La convenzione con l'Università con le sole due Aziende Ospedaliere concede all'Università la titolarità assoluta nel suo reparto, prestabilito nell'assetto deliberato dalla Giunta Regionale, di scegliere e nominare il suo Direttore, in pratica a prescindere naturalmente dal “profilo “indicato dai Direttori Generali. In marcata disuguaglianza con l'iter di carriera e lo status degli ospedalieri. L'Università è risorsa per il SSR solo quando arruola grandi talenti e produce altissima assistenza relata al grado elevato di ricerca. In tutto questo accordo inoltre resta fuori dalla Convenzione il personale tecnico-amministrativo universitario, di cui si ignora il perché.

2- Le altre deliberazioni specifiche per le diverse tematiche sanitarie in analogia emanate a random senza quadro generale

3- Quindi tutte le deliberazioni (di tipo assetto organizzativo con riconfigurazione di strutture e servizi o di rimodulazione di competenze o convezioni, ecc.) operano in assenza del Piano Sanitario Regionale e dei conseguenti sotto-ordinati Atti Aziendali, strumenti obbligatori e vincolanti per le successive rispettive deliberazioni, per quanto di competenza, Regionali ed Ospedaliere. Atti Aziendali attuati e congrui a quanto previsto nel PSR e nelle consequenziali Deliberazioni di Giunta: recepimento e adeguamento, comunque rielaborazione. Una volta adottati sono approvati dalla Giunta Regionale, quindi possono essere messi “in opera”. Mai prima.

4- Oltre l'eccessivo turnover dei Direttori Aziendali delle 4 Aziende a cominciare da Perugia, in 5 anni sono subentrati in Assessorato 3 Direttori Regionali.

LISTE DI ATTESA

Annoso problema che parte da lontano. Si riportano alcune deliberazioni.

-DGR N. 48 del 24/01/2011 Recepimento del "Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012"

-DGR n 610 del 06/05/**2019** Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021

Cambio di amministrazione, Varie delibere riguardanti il periodo Covid, tra cui il recupero delle prestazioni attraverso un tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio. Nel post-Covid vengono emanate altre deliberazioni.

-DGR n. **647** del 07/07/**2021** "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica";

-DGR n. **347** del 13 /04/ **2022**, - Piano di Recupero per le Liste d'attesa rimodulato ai sensi della vigente normativa. "Il Piano è stato redatto in coerenza con quanto previsto attualmente dalla D.G.R. n. 610 del 6 maggio 2019, sebbene sia in corso una sua ridefinizione e revisione."

-DGR **472** del 18/05/**2022** "Piano regionale di Governo delle liste di attesa per il triennio2022-2025".

-(DGR n. 917 del 07/09/2022, Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, adottato con DGR n. 347 del 13 aprile 2022 ai sensi della vigente normativa - Finalizzazione risorse

- DD 1125 del 02/02/2023 Ha istituito, in sostituzione del Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio per il governo delle liste d'attesa, la Task force regionale per il governo delle liste di attesa

-DGR n **437** del 26/04/**2023** PIANO OPERATIVO STRAORDINARIO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA E RECEPIMENTO DELL'ACCORDO, AI SENSI DELL'ARTICOLO4, DEL DECRETO LEGISLATIVO 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SUL DOCUMENTO RECANTE "LINEE DI INDIRIZZO PER ILGOVERNO DEL PERCORSO DEL PAZIENTE CHIRURGICO PROGRAMMATO", SANCITO DALLA CONFERENZA PERMANENTE STATO-REGIONI NELLA SEDUTA DEL 9 LUGLIO 2020.

- DGR n **394** del 24/04/**2024** PIANO OPERATIVO STRUTTURALE DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA – ANNO 2024. ADOZIONE.

-DGR n. **800** del 07/08/**2024** PIANO OPERATIVO STRUTTURALE DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA – ANNO 2024. ADOZIONE.

Determinazioni. Aggiornamento della delibera DGR 394 / 2024 in relazione alla Legge 29 luglio 2024, n. 107, riguardante le liste di attesa, in precedenza riportata nell'apposito capitolo

MOBILITA'

Utenza interna in uscita: quanti Umbri vanno a curarsi fuori regioni a spese del nostro bilancio.

Utenza esterna in entrata: quanti di altre regioni o Paesi esteri vengono a curarsi in Umbria portando risorse al nostro bilancio.

Nel 2022 si riscontra: per i ricoveri 54 milioni in uscita e 36 milioni in entrata con deficit di 18 milioni; per la specialistica ambulatoriale 14 milioni in uscita e 11 milioni in entrata, con deficit di 3 milioni. Quindi 21 milioni da pagare in un anno. Nel 2023 saldo negativo meno 24 milioni.

Logica vorrebbe identificare promuovendo e istituire strutture mirate per arginare ed invertire l'andamento negativo e ritornare ad un trend positivo, ante 2014.

QUADRO NAZIONALE – CONCLUSIONI

-Il Servizio Sanitario per essere solidale, necessita di risorse economiche e di diventare efficiente, per garantire la tutela della Salute Pubblica.

Fino a che punto l'equilibrio di bilancio può prevalere sull'efficacia della prevenzione, sulla risposta in tempo reale ai bisogni di salute, sulla sicurezza delle cure, sull'assistenza domiciliare e protetta? Contenimento e decremento del Debito Pubblico, i vincoli del Patto di Stabilità dell'Unione Europea, il carico dell'inflazione e dell'energia, le spese sostenute per la pandemia.... la Sanità necessita non solo di regolare la spesa, ma soprattutto di promuovere l'organizzazione e la professionalità di tutti gli operatori sanitari motivati e gratificati, e di attivare prestazioni per ricavarne proventi.

-Esiste una Sanità senza Medici e professionisti del comparto motivati e premiati personalmente per quanto e come fanno? Altra colpa dei Governi multicolore: aver sminuito, marginalizzato, burocratizzato, demotivato, mortificato, il ruolo centrale del Medico con il suo Paziente, entrambi non più protagonisti e privati della loro Dignità. Oggi in qualsiasi presidio sanitario tutti sono uniformemente “dottori”, a parte il “colore” delle divise. Il Medico formalmente non viene individuato o riconosciuto tale o deve sottostare ed ottemperare a disposizioni di figure una volta subordinate rispetto al suo ruolo o a rinunciare al tempo prezioso verso l'assistenza perché oberato da compiti burocratici che potrebbero essere svolti da personale ausiliare dedicato. È in corso, con lo scopo di equalizzarlo, un attacco e assalto all'Atto Medico che solo Il Medico può esercitare, e resta indifeso. Nella battaglia per contrastare il decremento generale della Cultura nei corsi scolastici e formativi, la mortificazione dell'“Arte e Scienza Medica”, l'incremento esponenziale dell'inciviltà aggressiva di una società disgregata senza valori, il “Medico” stesso, i Governi e le Istituzioni a cominciare dalle Università e dalle Regioni, hanno fatto a gara per perdere il proprio Onore.

-Dibattito politico in corso tra maggioranza che sostiene di aver aumentato le risorse destinate alla sanità e la minoranza che dichiara insufficiente il fondo sanitario nazionale (Fabbisogno sanitario nazionale standard “FSNS”), questo relazionato al solo finanziamento, perché la spesa dipende dalle regioni per propria competenza di finanziamento e compartecipazione economica dei cittadini. Spesa che supera il finanziamento nazionale con dati riportati di almeno 1 miliardo anno. Nell'attuale documento programmatico di bilancio e della legge di bilancio il governo dichiara, per un triennio, un incremento di risorse. Per una visione complessiva evolutiva occorre considerare anche i fondi stabiliti nei due anni precedenti assegnati dalle leggi di bilancio in miliardi: per il 2024 134,9; per il 2025 136,4. L'attuale legge di bilancio prevede per il 2025 1,3 miliardi in più, che sommati ai precedentemente previsti 136,4 risultano in totale 137,7. Un incremento quindi 2,8 miliardi. Se verrà confermato il trend di finanziamento per il 2026 il fabbisogno sanitario dovrebbe assestarsi a 141,7 miliardi; 1 miliardo in più previsto per il 2027, arrivando a quota 145,6 miliardi.

Problematiche insorgono in relazione all'inflazione e ad eventuali inattese spese ad esempio crisi tipo energetica. Questione di base rimane: la percentuale del fondo sanitario rispetto al PIL, che rimarrebbe di poco sopra il 6 %. Basta per coprire economicamente la messa a regime ed

implementare nel tempo la Rete complessiva integrata Ospedale-Territorio, prevista nei Decreti Ministeriale e nel PNRR?

QUADRO REGIONALE – CONCLUSIONI

PREAMBOLO

Esistono regole, riti, comportamenti e meccanismi della Politica. Il Politico: il Talento personale di immagine attrattiva per empatia e fiducia nel guadagnare il consenso; la Capacità di governare o amministrare, palese perché riconosciuta; l'Abilità nella relazione con l'opinione pubblica, nella promozione dei propri Pensiero ed Azione, nel propagandare i risultati, nel chiedere ai cittadini di essere partecipi e protagonisti degli obiettivi ancora da conseguire attraverso il loro ascolto e la chiamata a partecipare. Il Politico sa che il competitore è l'oppositore, ma l'avversario sta dentro lo stesso assetto politico e nei contesti delle coalizioni. Il Politico sa che la decisione del voto, salvo gli inveterati o chi ha affinità estremamente elettive (quote minoritarie nel paese), segue alcune scelte: la motivata temporanea o convinzione o convenienza o circostanza questa ammantata di dubbi sopiti; l'irrazionale per impulso compulsivo-emotivo verso i personaggi monocratici; la tifoseria del "tanto per dare contro" e non per qualcosa, anche contro il proprio interesse. Il Politico sa la differenza tra l'enfasi di ciò che si vuol far credere e la sostanza, apparenza contro immagine, dove l'una deve essere smascherata dall'altra. Il Politico sa cosa vuol dire la consapevolezza di avere la padronanza del campo di gioco e dei tempi e modi per scendere in campo: un conto accettare la sfida di tentare una vittoria anche improbabile sostenuto da tutta una base di fiducia e stima, propedeutica ad un domani; un conto perdere da avvantaggiati la partita e increduli stupirsi del perché. Il Politico sa cosa vuol dire consenso maggioritario in regioni storicamente a lui contrarie, dove, in bilico, chi conta rappresenta il Centro. Il Politico quindi sa o non sa, comunque diventa l'artefice di decisioni che incidono in tutti gli ambiti, a livello regionale in particolare condiziona la Sanità. L'istituto della democrazia monocratica, imposta per ora nei comuni e regioni, prevede che il Presidente della Giunta Regionale sia di fatto governatore ed unico Interlocutore della Sanità. Pertanto la Sanità, come tutto il resto della "Res Publica", dipende da chi sia l'Interlocutore. Con questo si confronta il Sindacato, in rappresentanza della partecipazione sia dei professionisti e lavoratori, sia soprattutto di tutti i cittadini comunque utenti nel corso della loro vita. Ed è questo il limite, su cui si gioca da parte del Sindacato il peso e la credibilità del suo ruolo, da parte della Politica il rischio del consenso. Nella precedente normativa il Presidente della Giunta Regionale era "primus inter pares" (primo tra i pari), rispetto ai Consiglieri e agli Assessori, e comunque relazionato ai capi gruppo e ai corrispettivi partiti nelle figure delle segreterie: diversi Interlocutori, di conseguenza una concertazione a ventaglio, una possibilità di ampio confronto. E sempre in passato esisteva, nella maggioranza, una dialettica tra azione di governo e il ruolo politico dei partiti dialettico, influente e propositivo e a volte critico, nonché il rispetto della sussidiarietà esercitata dai corpi intermedi della società, a cominciare dal sindacato: un fare politica insieme. Pertanto è sempre auspicabile, a livello nazionale regionale e locale, il

ritorno ad un'azione prima politica e poi amministrativa da parte di chi presiede Governo o Giunte, come squadre coprotagonista di più interlocutori, coadiuvati dai consiglieri di maggioranza e minoranza. Perché nel caso di Unico Interlocutore tutto dipende se questo sia valido, poco-valido o non valido. Il tiro a sorte della Sanità. Che diventa, troppo spesso, tiro a segno.

LA QUESTIONE

--Il SSN e Regionale (SSR) mediante funzionanti strutture e servizi della rete ospedale-territorio, mezzi adeguati, valore ed abilità dei professionisti, concreta formazione, possono e devono (vogliono?) riuscire a governare tutto il complesso ed articolato sistema socio-sanitario. La condizione di rendere efficiente l'organizzazione complessiva, capace di rispondere in tempi adeguati ed offrire prestazioni e servizi alla domanda di salute in relazione all'appropriatezza, e di verificare l'efficacia del tutto e correggere le anomalie. Questo implica prima di tutto la necessità di essere in grado di ideare ed elaborare, proporre, riformulare e deliberare una Strategia Strutturale prospettica lineare precisa e condivisa dalla forze politiche e sociali, una determinazione politico-amministrativa che consenta una Fase Deliberativa veloce di deliberazioni progressive a cascata congrue in un assetto omogeneo, una capacità manageriale nella Fase Operativa coerente simultanea simmetrica sinergica in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, a partire dagli Atti Aziendali e dai corrispettivi Piani Attuativi. La Strategia Strutturale si fonda sullo stato di fatto della nostra realtà socio-sanitaria regionale, di quello che abbiamo bisogno e di quello che possiamo fare come obiettivi fattibili e risposta sostenibile dovuta alle necessità: prima di correlare il tutto alle normative. Non il rovescio, come purtroppo è stato deliberato: errore fondamentale autolesionista applicare in modo automatico e matematico i parametri delle varie normative in particolare la DM 70/2015, avulse dal nostro territorio e dalla nostra gente. L'aderenza alle norme ministeriali non può essere statica, ma dinamica, e va calata, modellata e plasmata, mediata e concretizzata, funzionante alla "Nostra Realtà Umbra"

SCELTE

- In primis, la Sanità Umbra ha necessità di tre condizioni fondamentali di partenza

1 -Il ripristino, dopo 15 anni di diatribe, di un Rapporto collegiale omogeneo e funzionante tra Presidenza e Giunta, Assessorato, Direttore Regionale, e di raccordo attivo con i Consiglieri di maggioranza e minoranza. Collegialità anche nel caso in cui il Presidente della Giunta mantenga per sé la Delega alla Sanità.

Obiettivi e percorsi condivisi e definiti, un forte Assessore in tandem con il suo capace Direttore Regionale.

2 -Il possesso di una visione di insieme, partecipata e condivisa da parte della politica e della società rappresentata dai "corpi intermedi", per elaborare una Strategia complessiva. A seguire le decisioni. Non il rovescio.

3 -Il superamento di una disomogeneità tra le 4 aziende su vari ambiti e tematiche. L'Assessorato nel pieno della sua titolarità esercita potere di indirizzo, controllo e verifica, rispetto alle Aziende, la coerenza e la razionalità delle deliberazioni e delle spese, la vigilanza nel rispetto della normativa sulle nomine ad es. dipartimentali o sulla proroga di incarichi senza valutazione, il funzionamento delle strutture e dei servizi, l'opinione e il gradimento dell'utenza e dei professionisti, i risultati ottenuti. Esercita titolarità di emanare regolamenti e disposizioni, azione interventistica di correzione di distorsioni e ritardi tra i diversi territori.

-Rispetto alla precedente e all'attuale amministrazione, la CISL ha sempre proposto quale assetto regionale aziendale, la configurazione di due sole Aziende Sanitarie con i rispettivi Ospedali Regionali di II livello in rete con gli ospedali di I livello e di base e in raccordo diretto con la rete territoriale. La Convenzione con l'Università con le due Aziende (in pratica estesa a tutta la regione). L'istituzione di un IRCCS pubblico onco-ematologico.

-PNRR Determinazione nel rendere operativa la Missione 6 salute (M6) riguardo gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti (C).

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale 1- Case della Comunità e presa in carico della persona. 2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina: Casa come primo, luogo di cura (ADI); Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT); Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici 3- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità). M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario 1- Aggiornamento tecnologico e digitale 2- Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

Da considerare tutto il capitolo riguardante l'utilizzo della intelligenza artificiale (IA).

- Per quanto riguarda il PSR occorre ricominciare da dove si è partiti, con una consequenzialità razionale, istituzionale, normativa, con un deliberare progressivo coerente e non a "toppa": 1- Approvazione del PSR(quadro strategico, cornice e contenuti, rapporti con l'Università ed i Privati) 2- Deliberazioni attinenti a quanto previsto nel PSR 3- Atti Aziendali delle Aziende approvati dalla Giunta Regionale, quindi titolarità a redigere di conseguenza Piani Attuativi Aziendali e solo dopo emanare deliberazioni operative. Il quadro regionale istituzionale sovra-ordinato rispetto ai subordinati umori di discreativi manager. In tutte queste fasi ripristinare la Concertazione: analisi, dialogo e confronto sulle diverse problematiche e criticità, per arrivare a proposte ed opzioni, prima di deliberare e non comunicare solo il "deciso". Un "deciso" magari che presenta diversi errori quali previsti nella riorganizzazione degli ospedali attraverso deliberazioni scorporate dal PSR.

Da configurare 2 RETI, una Ospedaliera ed una Territoriale e la Connessione tra le due (con dentro le Reti dei Servizi e delle Patologie), per divenire un'Unica Rete complessiva. Nella Rete Territoriale sono comprese, strutturalmente e funzionalmente raccordate in un unico assetto, oltre i presidi e i servizi previsti dal DM 77 e dal PNRR, tutte le sotto reti a compartimenti pertinenti ai vari ambiti, tra

loro integrati, ad es. prevenzione, cronicità, riabilitazione ecc., in raccordo a unità funzionali quali l'assistenza domiciliare e a prestazioni ambulatoriali di prossimità.

Distinguere per gli ospedali, funzionalmente integrati, i presidi di alta specializzazione (Hub), ma allo stesso tempo prevedere equipe di professionisti in rete (su Spoke).

- “Cosa” non è possibile incidere nelle decisioni a livello europeo ed in parte a livello nazionale, si può e si deve decidere su “Cosa” serve alla Nostra Regione (se si vuole!). Alcuni punti esemplificativi tra i tanti.

1. A Censimento generale dei professionisti. Corrispondenza tra sede di lavoro, capacità, incarichi, grado di valorizzazione, pesatura del lavoro svolto, qualità dell'ambiente di lavoro, attese e prospettive. Verifica dei turni di lavoro se congrui, oggettivi, equi.

1.B –Censimento di tutte le strutture e i servizi, delle criticità di personale, mezzi e operatività

Analisi dettagliata dell'esistente e prospettiva in base al turnover, per definire quanto serve per sopravvivere o rendere discreto il SSR. Fabbisogno del personale da una soglia di accettabilità ad un obiettivo di miglioramento, relazionato alle “mission” e agli obiettivi.

1C-Politica del Personale. Arruolamento con bandi regionali. Centrale regionale di monitoraggio delle condizioni di lavoro, del grado di valorizzazione delle capacità professionali, dei risultati (performance)

2. Le Reti dei Servizi e delle Patologie a doppio obiettivo in sinergia: utenza in mobilità e liste di attesa.

-Rafforzare i presidi di confine per attrarre utenza limitrofa.

-Riformulare i tempi delle prestazioni e renderli omogenei con standard per quantità e qualità delle erogazioni, pubbliche e private.

-Nella rete ortopedica per singole procedure ed in quella chirurgica oncologica in particolare senologia ed urologica, oltre le attività delle attuali strutture complesse, formazione di equipe autonome dalle strutture complesse, allocate in ospedali finalizzati con specifica “mission”. Cominciare con il recupero di almeno 20 milioni annui.

-In analogia attivare una rete specifica per le liste di attesa ambulatoriali e dei servizi, anche con equipe dedicate, stabilendo tempi omogenei e visite specialistiche complete in prossimità territoriale (vedi ad es. in cardiologia ECG in un presidio ed ecocuore in un altro a distanza). Nella rete una volta preso in carico il paziente, con il suo consenso, si calendarizza il controllo successivo con data e ora, nello stesso posto e con lo stesso medico; comunque un appuntamento va sempre programmato. Tutti i pazienti in dimissione dagli ospedali o dai diversi presidi anche riabilitativi devono essere valutati ambulatorialmente in tutte le specialistiche e in caso di prescrizione di indagine “escono con in tasca l'appuntamento registrato”. Alla prima indagine il medico di medicina generale apre il portale della rete e registra, secondo i RAO, l'appuntamento specificando nella prescrizione il quesito e quindi l'appropriatezza. Nella rete i migliori professionisti dipendenti svolgono attività di equipe aziendale. Nella rete occorre sfruttare professionisti esterni selezionati di

alto valore, operanti nei presidi pubblici. Nella rete va compreso il ruolo e la quota dei privati convenzionati.

3- La rete dell'emergenza-urgenza dovrà essere basata su reali Pronti Soccorsi a rapida ed alta intensità di cura, senza stazionamenti in presidi privi di servizi attivi e comunque funzionanti in tempi reali. Oltre al trauma, in pazienti con in corso per es. un infarto o un ictus., devono essere inviati o presi in carico dai soli ospedali classificati come aventi strutture e servizi in grado di fornire un'immediata e completa risposta all'evento critico. Bisogna definire quello che si può e non si può fare in un presidio territoriale o ospedaliero di base, e quello che si deve fare in un ospedale di I e II livello: ad ogni patologia il suo preciso indirizzo e tempo di risposta. Istituire come nelle altre regioni del centro-nord il contributo per le prestazioni erogate dal Pronto Soccorso escluse naturalmente le condizioni patologiche (troppi ai PS per avere tutto gratis saltando le liste di attesa).

4- Rendere operativa tutto il complesso della medicina del territorio (precedentemente riportato) ripristinando il filtro che evita l'afflusso ambulatoriale nei PS. Assistenza territoriale a 24 ore; stretta connessione tra AFT, continuità assistenziale, case di comunità e ospedali di comunità, in sinergia e funzionanti in rete nel contesto dei distretti, senza "isole sanitarie" desolate a sé stanti ed inefficienti. Assistenza domiciliare, a 360 gradi, dall'infermiere di famiglia al medico specialista, dal fisioterapista allo psicologo, dalla diagnostica cardiologica a quella radiologica-ecografica: la medicina in casa del paziente. Medicina preventiva, di iniziativa, riabilitativa. Implementare la Rete della cronicità e della geriatria nel territorio, con equipe multidisciplinari.

5- Ripristinare nelle corsie il medico responsabile del singolo malato, dal ricovero alla dimissione domiciliare o intermedia / protetta in contatto con il medico di medicina generale (hospitalist). Tutta la burocrazia va affidata a personale dedicato in affiancamento rispetto all'assistenza sanitaria.

6- Ridefinire lo stipendio dei manager per attrarre in Umbria i migliori con stretto monitoraggio e vigilanza interdittiva.

7- Capitolo Prevenzione. Riformulare, nel contesto del PSR, un quadro strutturale complessivo.

8- Capitolo Criticità socio-sanitarie: cronicità, fragilità, disabilità, problematiche psicologiche (famiglia, scuole, ecc.) e psichiatriche, terapia del dolore, fine vita, ecc. Reti dedicate.

9- Capitolo "Primari" Riformulare il concorso per i Direttori di Struttura Complessa, che non consente una scelta in base alle reali competenze, ma allo storico "costruito" per coincidenza "fortuita" o "costruito ad arte". Monitoraggio dell'incarico. In particolare verifica del servizio articolato con i colleghi (come da contratto), delle condizioni di lavoro e del grado di valorizzazione del personale assegnato. Le Direzioni Sanitarie devono riprendere in mano il controllo dell'organizzazione e della funzionalità delle strutture e dei servizi, da troppo tempo lasciate al libero arbitrio dei "Primari", che

possono essere capaci o diversamente abili in capacità, realizzando un'omogeneità funzionale regionale.

10- Concertazione. Bene il capitolo delle Stabilizzazioni. Bene alcune importanti attivazioni come l'elisoccorso. In parte bene gli incontri nella relazione sindacale regionale: comunicazione di Atti già predisposti. Fatta salva la titolarità dell'Esecutivo, per certe problematiche fondamentali occorre un tempo di confronto antecedente l'elaborazione delle deliberazioni, per poter apportare un contributo costruttivo che serve non solo alla politica, ma soprattutto alla società stessa. Nella Sanità il soggetto è il cittadino, prima di diventare utente.

Istituire in Assessorato a) Ufficio rapporti sindacali. b) Cabine di regia centrali, anche temporanee per obiettivi, per particolari tematiche, comprensive di professionisti ed esperti sindacali del settore.

RUOLO CISL

Sindacato Libero, che indipendentemente dal colore politico dell'Interlocutore, è promotore di proposte, a tutela dei diritti e garanzia rispetto all' equità dei doveri, per rispondere con atti concreti ai bisogni e alle aspettative dei singoli cittadini e della società. Pensiero e Azione, tensione morale ed impegno incessante, per concorrere a costruire la Giustizia Sociale.

Forza propulsiva di dialogo e confronto, nella capacità di elaborare il contenuto operativo di idee, progetti e linee guida, obiettivi e percorsi.

Prima del 2019 ed in questi ultimi 5 anni la CISL è stata promotrice di pressanti proposte, incalzanti stimoli e solleciti, mai ascoltati.

Elezioni Regionali 17-18 novembre 2024

Azzerati il clamore dell'inchiesta giudiziaria sulla sanità e il forte picco di consenso nazionale della Lega, attuale trend positivo per Fratelli d'Italia a livello nazionale, ma non corrispondente a livello locale in una regione storicamente di sinistra

Opinione pubblica scomposta tra : nuova voglia di cambiamento contro un cambiamento promesso che non c'è stato, anche con delusione e malumore punitivo o frustrazione per non essere stati ascoltati; rassegnazione e disillusione o indifferenza rispetto al voto percepito inutile o superfluo, in una sorta di distacco e di lontananza agnostica dalla politica, il "tanto non cambia nulla" o "non mi interessa"; voglia di riscossa, rivalsa e rivincita della minoranza, maggioranza arroccata dentro il suo solo elettorato in parte deluso o demotivato; presenza di una terza quota di vasta platea senza più appartenenza ideale che non si riconosce né nell'uno né nell'altro.

Dopo 5 anni assistiamo ad un nuovo capovolgimento, il ritorno del centro-sinistra: Proietti Presidente, Tesei all'opposizione. Si ricomincia. Si rende necessario, come più volte espresso, indipendentemente da chi ha vinto, resettare il tutto e partire con la definizione di una Strategia Condivisa, il Razionale per affrontare il Piano Sanitario Regionale e gli atti conseguenti.

Il Servizio Sanitario per essere solidale, deve essere efficiente per una Salute efficace.

E noi siamo la Nostra Terra.

Quale Sanità per l'Umbria. Il tempo delle scelte che servono agli Umbri

Lo strumento: la politica, di maggioranza e minoranza, che, condividendo con i corpi intermedi, elabori e decida l'oggi e il futuro.

Perugia, 16 dicembre 2024

Il Coordinatore
delle Politiche Socio-Sanitarie
CISL Umbria
(Dott. Tullo Ostilio Moschini)