



CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER L'UMBRIA

**L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA
SANITARIA TERRITORIALE E LE AZIONI
PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA**



CORTE DEI CONTI





CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER L'UMBRIA

**L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA
SANITARIA TERRITORIALE E LE AZIONI
PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA**

Relatori

Presidente Antonello COLOSIMO

Consigliere Luigi Francesco DE LEVERANO

Collaboratori incaricati:

Dott.ssa Antonella Castellani

Dott.ssa Sabrina Gubbiotti

Dott.ssa Cristiana Guastalvino

SOMMARIO

Sintesi	8
CAPITOLO I	
OGGETTO, SCOPO E METODOLOGIA DELL'INDAGINE.....	10
1.1 Premessa	10
1.2 Oggetto e scopo dell'indagine	14
1.3 Metodologia	16
CAPITOLO II	
AMBITO ANTROPOLOGICO E QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.....	17
2.1 Il contesto antropologico nazionale e regionale.....	17
2.2 L'articolazione e l'organizzazione della sanità regionale.....	19
2.3 L'assistenza sanitaria territoriale.....	38
2.4 L'assistenza sanitaria di prossimità	39
2.5 Le liste di attesa.....	59
2.6 Il personale medico e paramedico	72
2.7 L'integrazione con il Sistema Sanitario Nazionale	80
2.8 I rapporti con Agenas	81
2.9 La ricerca.....	84
2.10 Il PNRR – Missione 6	89
2.11 Prospettive future e possibili limiti.....	104
CAPITOLO III	
I SISTEMI INFORMATIVI INUSO NELLA SANITA' REGIONALE: OPPORTUNITA' E LIMITI	114
3.1 I sistemi informativi impiegati	114
3.2 La telemedicina.....	115
3.3 Le ipotesi di sviluppo per l'efficientamento	119
CAPITOLO IV	
GLI ASSETTI CONTABILI E FINANZIARI DELLA SANITA' REGIONALE.....	124
4.1 La spesa sanitaria.....	124
4.2 Il ciclo di programmazione della spesa	126
4.3 Il finanziamento del SSR della Regione Umbria	132
4.4 La sanità nel bilancio regionale	139
4.5 Il monitoraggio dei conti del SSR della Regione Umbria. La programmazione della spesa per beni e servizi sanitari.....	142

4.6 I principali ambiti di spesa sanitaria.....	146
CAPITOLO V	
OSSERVAZIONI, ESITI DEL CONTRADDITTORIO, CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E RACCOMANDAZIONI	155
5.1 Esiti del contraddittorio finale	155
5.2 Considerazioni conclusive e raccomandazioni	156

INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1 – Struttura per età popolazione Umbria/Italia.....	18
Grafico 2 – Potenziameti previsti anni 2022-2023-2024.....	74
Grafico 3 – PNRR - Missione 6 Salute – Regione Umbria - Dettaglio fonti di finanziamento..	95
Grafico 4 – PNRR - Missione 6 Salute – Regione Umbria - Componente	97
Grafico 5 – Tipologia interventi di investimenti finanziati – Accordi sottoscritti	100
Grafico 6 – Tipologia interventi di investimenti finanziati – Accordi programmati.....	101
Grafico 7 – Andamento spesa sanitaria.....	126

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 – Bilancio demografico per provincia – Anno 2022, valori assoluti.....	18
Tabella 2 – Centrali Operative Territoriali (COT) – Dislocazione.....	31
Tabella 3 – Fondo prestazioni erogate agli stranieri – 2017-2017.....	57
Tabella 4 – Finanziamenti prestazioni erogate agli stranieri 2018-2021	58
Tabella 5 – Prestazioni chirurgiche anni 2020-2021. Volumi al 31.12.2023 e residuo stimato al 31.12.2024.....	68
Tabella 6 – Prestazioni chirurgiche anno 2022. Volumi al 31.12.2023 e residuo stimato al 31.12.2024.....	68
Tabella 7 – Prestazioni chirurgiche anno 2023. Volumi al 31.12.2023 e residuo stimato al 31.12.2024.....	69
Tabella 8 – Prestazioni chirurgiche ante 2024. Volumi al 31.12.2023 e residuo stimato al 31.12.2024.....	69
Tabella 9 – Interventi PNRR certificati, pianificati e in corso di elaborazione, nell'ambito della Missione 6 - Salute.....	94
Tabella 10 – Finanziamenti investimenti in sanità – Accordi sottoscritti.....	100
Tabella 11 – Finanziamenti investimenti in sanità – Accordi programmati da sottoscrivere..	101
Tabella 12 – Investimenti con contributi in c/esercizio – Periodo 2014-2023.....	101
Tabella 13 – Spesa sanitaria 2022-2023 – Componenti pubblica e privata	125
Tabella 14 – Spesa sanitaria 2022-2023 per funzioni di assistenza.....	125
Tabella 15 – Fabbisogno sanitario Regione Umbria 2023.....	135
Tabella 16 – Fabbisogno sanitario 2023, fonti di finanziamento	135
Tabella 17 – Disponibilità finanziarie complessive da destinare al finanziamento del SSR.....	136
Tabella 18 – Perimetro sanitario – riconciliazione.....	140
Tabella 19 –Rendiconto 2023 - Entrate e spese del settore sanità.....	141
Tabella 20 –I risultati del SSR per l'esercizio 2023	142

Tabella 21 –Obiettivi economici Piano di efficientamento	144
Tabella 22 - La spesa per acquisto di beni e servizi– Anni 2021-2023	146
Tabella 23 – Aziende SSR – Personale in servizio anni 2022-2023 e relativi costi.....	148
Tabella 24 –Andamento della spesa per incarichi esterni 2022 e 2023.....	149
Tabella 25 –Spesa farmaceutica complessiva (convenzionata e acquisti diretti).....	151
Tabella 26 –Spesa farmaceutica convenzionata	152
Tabella 27 –Spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto Gas Medicinali	152

ALLEGATI

Allegato A - Elenco dei dispositivi disponibili	164
Allegato B - Iter richiesta e autorizzazione per ausili, dispositivi e prodotti	165
Allegato C - Organizzazione dell’assistenza psichiatrica e della salute mentale	167
Allegato D - Descrizione dell’offerta del servizio di neuropsichiatria e di psicologia dell’età evolutiva e le relative modalità di accesso	168
Allegato E - Art. 28 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.....	169
Allegato F - Mappatura delle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale regionali	170
Allegato G - Iter per il recupero delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale	171
Allegato H - Iter per il potenziamento dell’appropriatezza prescrittiva	172
Allegato I – Risultati conseguiti monitoraggio delle liste di attesa specialistica ambulatoriale	173
Allegato J - Risultati conseguiti monitoraggio delle liste di attesa ricoveri chirurgici.....	177
Allegato K – Iter del paziente chirurgico definito nei regolamenti di sala operatoria	182
Allegato L - Piano Regionale della Prevenzione - Principali azioni in materia di sicurezza sul lavoro.....	189
Allegato M - Case di Comunità (CdC) – Ospedali di Comunità (OdC).....	191
Allegato N - Apparecchiature e attrezzature sanitarie	193

APPENDICI

Appendice 1 - Percentuali delle prestazioni chirurgiche distinte per classi erogate nei tempi .	196
Appendice 2 - Consistenza delle liste operatorie alla data del 30.9.2024	198
Appendice 3 - Elenco delle strutture accreditate.....	201

Sintesi

1. La presente relazione, proseguendo lungo la linea tracciata dalla Sezione delle autonomie nell'adunanza del 14 marzo 2024 (del. n. 14/SEZAUT/2024/FRG), presenta alla Regione Umbria la più ampia disamina delle tematiche riguardanti i servizi sanitari regionali, estesa alla rilevazione dei divari territoriali nella erogazione dei servizi, anche con riferimento alla valutazione degli equilibri finanziari del servizio sanitario regionale i cui Enti rientrano tra le entità economicamente più rilevanti presenti sul territorio.
2. L'analisi, svolta anche sulla base dei dati e delle informazioni fornite dagli Enti del SSR alla Sezione nelle relazioni-questionario di cui alle linee guida adottate annualmente dalla Sezione delle autonomie *ex art. 1, comma 168* della legge n. 266/2005, nonché dall'Amministrazione regionale nell'ambito delle attività connesse al giudizio di parificazione del rendiconto generale per l'esercizio finanziario 2023, contempla, altresì, lo scrutinio delle fonti funzionali alla identificazione di eventuali divari esistenti in ambito regionale in materia di servizi sanitari, a partire dai livelli essenziali di assistenza (LEA) che rivestono, nel funzionamento della sanità pubblica, un rilievo giuridico primario e del tutto peculiare, cristallizzato dalla giurisprudenza costituzionale (*ex multis* sentenze n. 62/2020, n. 233/2022), nonché degli ulteriori sistemi di indicatori previsti dall'ordinamento.
3. La relazione si articola in una sintesi e in cinque capitoli. Nel primo capitolo, che contiene una premessa, si definisce l'oggetto e lo scopo dell'indagine e la metodologia adottata. Nel secondo, dopo un'analisi del contesto antropologico nazionale e regionale, si illustra l'organizzazione sanitaria regionale, con particolare riguardo all'articolazione della sanità territoriale e di quella di prossimità, al personale, oltre che alle forme di integrazione con il SSN, ai rapporti con AGENAS (Agenzia nazionale servizi sanitari), alla ricerca scientifica e alle possibilità offerte dal PNRR. Il capitolo contiene, altresì, un particolare *focus* sulle liste di attesa e sul loro recupero nonché sulla mobilità sanitaria, in particolare su quella interregionale (c.d. *migrazione sanitaria*). Il capitolo si chiude con una panoramica sulle prospettive future e sui limiti riscontrati sinora nell'indagine. Nel terzo capitolo si analizzano i sistemi informatici in uso nella sanità regionale e sulla applicazione degli stessi nell'ambito della telemedicina, con evidenza delle ipotesi di sviluppo in proposito finalizzate all'efficientamento del settore. Il quarto capitolo è dedicato agli aspetti contabili e finanziari della sanità regionale con riguardo al ciclo di

programmazione della spesa, al finanziamento del SSR, all'incidenza della sanità nel bilancio regionale; il capitolo contiene, inoltre, uno specifico approfondimento sulla spesa per il personale. Nell'ultimo e quinto capitolo, sono contenute le osservazioni, gli esiti del contraddittorio, le considerazioni conclusive e le raccomandazioni. Infine, l'intero referto è stato completato con allegati e appendici nella parte finale.

CAPITOLO I

OGGETTO, SCOPO E METODOLOGIA DELL'INDAGINE

Sommario: 1.1 Premessa. 1.2 Oggetto e scopo dell'indagine. 1.3 Metodologia.

1.1 Premessa

L'articolo 32 della Costituzione, inserito nella Parte I del Titolo II dedicata ai rapporti etico-sociali, afferma che *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge”*. L'articolo, delineando l'architettura del sistema di tutela della salute, sottolinea come la salute sia un diritto fondamentale e universale, inteso come uno stato di benessere fisico e mentale e, secondo parte della dottrina, anche sociale, al quale la Costituzione attribuisce una particolare rilevanza. Inoltre, il riferimento all'interesse collettivo suggerisce che, quando necessario e, su disposizione di legge, un individuo possa essere sottoposto a cure obbligatorie per soddisfare, al contempo, i convergenti interessi del singolo e della collettività.

La legge del 1978 che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), si fonda su tre principi essenziali, *universalità, eguaglianza ed equità: universalità* in quanto il sistema riconosce la salute come risorsa disponibile per l'intera comunità e non come semplice bene individuale; *eguaglianza* nell'accesso ai servizi, senza distinzioni basate sullo status socioeconomico; *equità* nell'accesso ai servizi a parità di bisogni. Al fine di consentire l'effettivo esercizio del diritto alla salute il SSN aveva istituito il circuito *prevenzione-cura-riabilitazione*.

Dal 2001, con l'approvazione della legge costituzionale n. 3/2001 che ha riformato il Titolo V, l'organizzazione nazionale precedente ha subito modifiche attraverso processi di devoluzione, razionalizzazione e riduzione. Queste trasformazioni hanno interessato anche il Servizio Sanitario Regionale (SSR), con conseguente avvio della revisione dei propri assetti organizzativi, tuttora in costante evoluzione. In particolare, dal 2001 era stato avviato e perseguito un disegno di razionalizzazione, di ridimensionamento e di coesione delle strutture e del personale sanitario, con l'obiettivo, contestuale e dichiarato, di mantenere comunque inalterata l'efficacia e la qualità del servizio reso,

conseguendo, ove possibile, miglioramenti.

La riforma del Titolo V della Costituzione ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, con conseguente coesistenza dei due livelli di governo nella *governance* del servizio sanitario. In particolare, compete alla legislazione statale definire i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) - che in ambito sanitario si traducono nei livelli essenziali di assistenza (LEA), i quali devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale in condizioni di efficienza e appropriatezza, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e destinando le risorse necessarie al loro finanziamento - mentre spetta alle Regioni l'organizzazione dei servizi sanitari regionali (SSR).

Il circuito di prevenzione, cura e riabilitazione ha assunto un'importanza fondamentale durante la pandemia da COVID-19, che ha avuto inizio nel 2020 e ha colpito profondamente l'Italia, Paese caratterizzato da un veloce invecchiamento della popolazione e da un calo delle nascite, fattori accentuati anche dal costante disinvestimento nel settore sanitario. L'emergenza pandemica ha riportato l'attenzione sull'efficienza del sistema sanitario e, in particolare, sulle necessità di potenziare lo stesso - anche mediante l'utilizzo dei fondi del PNRR da investire significativamente nel settore - e di intervenire in senso contrario rispetto alle progressive decurtazioni delle relative risorse determinate anche dagli stringenti vincoli di bilancio.

In tale ambito, peraltro, è intervenuta anche la Corte costituzionale con la recente pronuncia n. 195/2024, nella quale la stessa ha affermato che *"in un contesto di risorse scarse, per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il «fondamentale» diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta out of pocket"*¹. Inoltre, la Consulta, con la medesima sentenza, ha poi dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 527, quinto periodo, della legge di bilancio per il 2024, *"nella parte in cui non esclude dalle risorse che è possibile ridurre, quelle spettanti per il finanziamento dei diritti sociali, delle politiche sociali e della famiglia, nonché della tutela della salute"* ciò in quanto, *"nemmeno nel caso in cui la regione non abbia versato la*

¹ Cfr. punto 4.1 del Considerato in diritto.

propria quota del contributo alla finanza pubblica, lo Stato può «rispondere» tagliando risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria – già, peraltro, in grave sofferenza per l'effetto, come si è visto, delle precedenti stagioni di arditi tagli lineari – dovendo quindi agire su altri versanti che non rivestono il medesimo carattere. Questa Corte, del resto, ha affermato che «[è] la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione» (sentenza n. 275 del 2016); da questo principio deriva che tali diritti, e in particolare il diritto alla salute, coinvolgendo primarie esigenze della persona umana, non possono essere sacrificati fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità”².

Nonostante il considerevole 7,2% del PIL speso per la sanità durante la pandemia, si auspicava, infatti, che dopo tale periodo si realizzassero dei miglioramenti, ma i dati hanno restituito, per il triennio successivo, una contenuta percentuale di spesa sanitaria sul PIL, tema che sarà approfondito in seguito.

Il SSN dopo l'emergenza Covid-19 sembra essere meno attivo: nei primi mesi del 2023 si sono registrati 29 milioni di visite e 34 milioni di esami, escludendo quelli di laboratorio, a fronte dei rispettivi 33 e 36,5 milioni dello stesso periodo del 2019. Questa contrazione nell'offerta ha contribuito all'aumento delle liste di attesa, in considerazione dell'accresciuta domanda.

Le analisi compendiate nel “Rapporto civico sulla salute 2024” restituiscono “un'immagine di un Servizio Sanitario nazionale fortemente indebolito, fragile e spesso inadeguato a fronteggiare le richieste di salute dei cittadini. A quattro anni di distanza dalla pandemia è sempre più chiaro il «precario stato di salute» del SSN e appare sempre più evidente il forte depauperamento del personale sanitario e la fragilità dell'assistenza territoriale, mentre si acquiscono ancora di più le diseguaglianze tra le Regioni. Al contempo il SSN si trova di fronte ad una irripetibile occasione di svolta: oggi, infatti, le sfide della transizione digitale e dell'approccio One Health incrociano la fine della stagione dei tagli, e rimangono ancora in piedi le grandi opportunità offerte dal PNRR, anche se al momento si registrano forti ritardi e tagli nell'attuazione della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”.

La crisi del sistema sanitario, tuttora persistente, dovuta alla carenza di personale, alle difficoltà organizzative e alle tecnologie obsolete, sta generando palesi criticità destinate a non essere risolte a breve termine stante, peraltro, l'esigenza di ogni cittadino di veder

² Cfr. punto 10 del Considerato in diritto.

soddisfatto il primario bisogno³ di sicurezza fisica. Inoltre, il paziente si aspetta dal SSR una marcata umanizzazione dei rapporti ed una buona relazione con gli operatori sanitari, una certa facilità nell'accesso alle informazioni ed alla documentazione, un miglior trattamento dell'invalidità e dell'accompagnamento per i portatori di handicap, una maggiore assistenza farmaceutica, un particolare trattamento per coloro che sono affetti da malattie rare ed un equo trattamento degli immigrati.

Il diritto alla salute – che, secondo recenti sondaggi è avvertito dalla popolazione come la principale fonte di preoccupazione e, soprattutto, le sue declinazioni, le sue modulazioni ed i tratti identificativi del servizio costituiscono, peraltro, un bene sensibile da tutelare anche in relazione alla sicurezza nazionale e alla sicurezza delle infrastrutture critiche. Per quanto concerne quest'ultimo aspetto si rammenta che la recente direttiva europea CER (*Critical entities resilience*) n. 2022/2557, entrata in vigore il 17 gennaio 2023 e recepita con d.lgs. 4 settembre 2024, n. 134, riconosce, tra gli altri, una valenza strategica sia ai prestatori di assistenza sanitaria, sia agli altri soggetti coinvolti, anche in via indiretta, nelle relative prestazioni. In particolare, la stessa prevede che tra i soggetti che debbono essere censiti a livello nazionale rientrano i:

- prestatori di assistenza sanitaria, definiti dall'art. 3, lettera g), della direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio⁴;
- laboratori di riferimento dell'UE di cui all'art. 15 del regolamento UE 2022/2371 del Parlamento europeo e del Consiglio;
- soggetti che svolgono attività di ricerca e sviluppo relative ai medicinali, definiti dall'art. 1, punto 2), della direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio;
- soggetti che fabbricano prodotti farmaceutici di base e preparati farmaceutici di cui alla sezione C, divisione 21, della NACE Rev. 2;
- soggetti che fabbricano dispositivi medici considerati critici durante una emergenza di sanità pubblica (*"Elenco dei dispositivi critici per l'emergenza di sanità pubblica"*) ai sensi

³ Bisogno vuol dire sicurezza delle cure, adeguatezza delle strutture, efficienza dei macchinari, preparazione del personale sanitario e qualità del percorso di cura.

⁴ In particolare, per l'Italia la prima categoria menzionata si riferisce ai "Prestatori di assistenza sanitaria quali definiti all'art. 3, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 38". In concreto, "Prestatore di assistenza sanitaria" è "una qualsiasi persona fisica o giuridica o qualsiasi altra entità che presti legalmente assistenza sanitaria nel territorio di uno Stato membro dell'Unione europea", mentre per "assistenza sanitaria" si intendono "i servizi prestati da professionisti sanitari a pazienti, al fine di valutare, mantenere o ristabilire il loro stato di salute, ivi compresa la prescrizione, la somministrazione e la fornitura di medicinali e dispositivi medici".

dell'art. 22 del regolamento UE 2022/123 del Parlamento europeo e del Consiglio;
- soggetti titolari di un'autorizzazione di distribuzione di cui all'art. 79 della direttiva 2001/83/CE.

In sintesi, il servizio sanitario nazionale, fortemente indebolito dalle carenze strutturali e dalle conseguenti inefficienze, risulta fragile e spesso inadeguato a fronteggiare le pressanti richieste sanitarie dei cittadini.

In considerazione del "termometro" delle criticità con il quale i cittadini misurano il loro rapporto quotidiano con il SSN, è possibile constatare che i principali ambiti della sanità, come l'accesso alle prestazioni, le cure primarie, l'assistenza ospedaliera, l'assistenza sanitaria territoriale e la prevenzione, hanno rivelato negli ultimi anni le loro fragilità. Questo ha comportato il protrarsi di problemi irrisolti, sui quali non si è intervenuti in modo efficace, né si è agito sulle cause sistemiche che generano i disagi segnalati dai cittadini. La mancanza di un intervento "sistemico" in queste aree ha avuto conseguenze negative su tutto il sistema sanitario, quali l'aumento degli accessi inappropriati al pronto soccorso (PS), le lunghe liste di attesa, il ricorso alla sanità privata e la rinuncia alle cure.

1.2 Oggetto e scopo dell'indagine

Alla luce del contesto sopra descritto, come da programma della Sezione regionale di controllo (del. n. 1/2024/INPR), si è inteso, analizzare e verificare:

- l'organizzazione sanitaria regionale, con un *focus* particolare sull'assistenza territoriale mediante valutazione delle azioni programmate dall'Amministrazione in tale ambito al fine di assicurarne l'allineamento agli standard del D.M. n. 77/2022 e verifica del grado di attuazione rispetto ai tempi stabiliti;
- il tema delle liste di attesa, anche delineando il percorso di accesso alle prestazioni per esami diagnostici, visite specialistiche e attività chirurgica mediante una infrastruttura di reti e banche dati interoperabili. Con riguardo a tale ultimo aspetto è, altresì, emersa la necessità di verificare l'esistenza di adeguate forme di protezione da attacchi informatici, che rappresentano una minaccia crescente per l'integrità dell'organizzazione e per la sicurezza delle informazioni sensibili detenute.

L'indagine è stata condotta anche tenendo conto di alcune valutazioni della Sezione delle

autonomie della Corte dei conti, di cui alla Relazione al Parlamento sulla gestione dei Servizi Sanitari regionali, approvata con delibera n. 4/SEZAUT/2024/FRG⁵ e, in particolare, della preoccupazione per la riduzione del finanziamento al Fondo Sanitario Nazionale (FSN) in termini di percentuale rispetto al PIL ad opera della legge di bilancio per il 2024 e dell'aumento dei prezzi, in gran parte dovuto al conflitto russo-ucraino e ad altri fattori, che ha causato un incremento eccessivo dei costi energetici, fattori negativi che, unitamente alla situazione del debito pubblico nazionale, hanno inciso sui bilanci delle Aziende sanitarie e regionali e, quindi, delle Regioni, con particolare riguardo agli esercizi 2020-2022.

Inoltre, è stato tenuto in considerazione anche il referto approvato dalla Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato della Corte dei conti con deliberazione n. 90/2024/G del 13 novembre 2024.

⁵ Il quadro che emerge dalla Relazione della Sezione delle autonomie mette in luce diverse criticità tra le quali, in particolare, il negativo andamento della gestione della tutela della salute, in crisi strutturale, senza adeguata programmazione dal 2006, e i LEA, i quali appaiono sempre più irraggiungibili, non solo per le Regioni meno efficienti, ma anche per molte delle tredici collocate in una ipotetica graduatoria di efficienza, inclusa l'Umbria.

La Corte dei conti, nella menzionata Relazione, lamenta l'incapacità del sistema di realizzare, nel corso di oltre due anni, le strutture previste e, in dettaglio, n. 1350 Case di comunità, n. 400 Ospedali di comunità e n. 600 Centrali operative territoriali, con conseguente mancanza nel territorio delle infrastrutture che avrebbero potuto essere finanziate con i fondi PNRR. A ciò si aggiunge la telemedicina che, sebbene dotata di ampi finanziamenti, non ha ancora trovato attuazione concreta. Inoltre, viene sottolineata l'incapacità di adeguare, ormai a distanza di nove anni, le strutture ospedaliere ai requisiti stabiliti dal D.M. n. 70/2015; situazione che ostacola l'erogazione dei LEA in condizioni di uguaglianza per tutti i cittadini. Peraltro, questo obiettivo è ulteriormente complicato dal "regionalismo asimmetrico", introdotto dalla legge del 26 giugno 2024, n. 86, che prevede una maggiore autonomia per le Regioni a statuto ordinario nel tentativo di bilanciare l'unità della Repubblica con la differenziazione e la sussidiarietà, subordinando l'attuazione del federalismo alla definizione dei LEP.

La Corte evidenzia, inoltre, che un'ulteriore criticità potrebbe risiedere nella difficoltà di garantire i diritti civili e sociali in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, a prescindere dall'autonomia regionale richiesta. I principi di "uniformità" e "universalità" ricorrono nel menzionato referto della Sezione delle autonomie con richiami alla giurisprudenza della Corte costituzionale (in particolare alle sentenze nn. 72 e 91 del 2020) che cristallizza i principi di divieto di limitazione e di condizionamento delle prestazioni socioassistenziali, che devono essere garantite attraverso i LEA in modo egualitario e continuativo su tutto il territorio nazionale. E ciò anche in considerazione della sentenza n. 115/2012 della Consulta, che definisce i LEA come "standard minimi" - soggetti a miglioramenti qualitativi e quantitativi (sentenza n. 125/2015) - che devono essere assicurati a tutta la popolazione in modo uniforme.

Questa azione di differenziazione che si intende operare potrebbe essere anche il frutto di una certa influenza della *governance* economica europea sul tema del *welfare* assistenziale in termini segnatamente restrittivi delle politiche sociali. Le risorse destinate alla protezione della salute, pur essendo state incrementate rispetto agli anni precedenti, risultano comunque insufficienti per far fronte agli aumenti dei prezzi e non devono, secondo la Corte, subire alcuna manovra restrittiva in quanto ciò aggraverebbe le criticità esistenti, contravvenendo al principio fondamentale secondo cui il diritto alla salute deve prevalere sull'equilibrio di bilancio. Un possibile rimedio a questo dilemma potrebbe risiedere nell'attuazione del federalismo fiscale, il quale potrebbe portare alla dismissione della cosiddetta "spesa storica", costituendo questa, tra l'altro, una delle riforme fondamentali del PNRR.

1.3 Metodologia

L'attività istruttoria della Sezione è stata avviata con una prima interlocuzione con i rappresentanti della Regione Umbria e delle Aziende del SSR, avvenuta nel corso dell'audizione del 24 aprile 2024, nel corso della quale sono state illustrate le finalità dell'indagine e acquisite dai soggetti intervenuti le prime informazioni sul tema. All'audizione è seguito l'invio della prima nota istruttoria finalizzata all'acquisizione di un'ampia gamma di dati informativi, essenziali per comprendere e valutare l'organizzazione, le strutture e le procedure attraverso le quali viene erogato il complesso ed articolato SSR - come rappresentate nel Capitolo II della presente relazione - anche al fine di analizzarne le differenze e le sinergie con gli altri soggetti del SSN.

Alla luce delle informazioni fornite dall'Amministrazione, con la successiva nota istruttoria, oltre ad acquisire elementi di specificazione e di chiarimento rispetto alle informazioni fornite con la risposta alla precedente richiesta istruttoria, si è inteso approfondire anche i principali aspetti contabili e finanziari, nonché lo sviluppo dei cronoprogrammi per gli interventi previsti, il piano di efficientamento, la formazione degli operatori sanitari, gli studi di settore condotti anche da università, gli eventuali accordi o convenzioni con altri attori del SSR e i sistemi informatici che supportano la gestione delle attività sanitarie, come esposto nei successivi capitoli III e IV.

I parametri e gli indicatori specificatamente assunti a riferimento per l'analisi, soprattutto quelli a carattere finanziario, costituiscono una base per ulteriori verifiche ed osservazioni, nella prospettiva di futuri assestamenti, perfezionamenti e consolidamenti indispensabili a rendere sempre più praticabile, per le parti che lo consentono, un razionale e proficuo confronto tra la sanità nazionale e quella regionale.

Il contraddittorio - proseguito mediante l'invio alla Regione Umbria e alle Aziende del SSR dello schema del presente referto con evidenza delle criticità rilevate⁶ - in ordine alle quali sono state presentate, nel termine assegnato del 16 dicembre 2024, le relative controdeduzioni - si è concluso con l'adunanza pubblica del 19 dicembre 2024, della quale si dà atto al paragrafo 5.2.

⁶ Nota prot. n. 3668 del 10 dicembre 2024.

CAPITOLO II

AMBITO ANTROPOLOGICO E QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Sommario: 2.1 Il contesto antropologico nazionale e regionale. 2.2 L'articolazione e l'organizzazione della sanità regionale. 2.3 L'assistenza sanitaria territoriale. 2.4 L'assistenza sanitaria di prossimità. 2.5 Le liste di attesa. 2.6 Il personale medico e paramedico. 2.7 L'integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale. 2.8 I rapporti con Agenas. 2.9 La ricerca. 2.10 Il PNRR-Missione 6. 2.11 Le prospettive future e i possibili limiti.

2.1 Il contesto antropologico nazionale e regionale

La popolazione italiana è in progressivo invecchiamento: secondo i dati ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), l'età media continua ad aumentare, con conseguente incremento della quota di anziani rispetto ai giovani. L'Italia è, dopo il Giappone, il Paese con la popolazione più anziana al mondo, con oltre il 24% degli abitanti over 65, per effetto sia della bassa natalità (con una media di 1,2 figli per donna), sia della incrementata speranza di vita, pari a 83 anni. Tale situazione, oltre a comportare sfide significative per il sistema sanitario e previdenziale⁷, influisce anche sulle dinamiche familiari e sociali.

Secondo i dati dell'ISTAT desunti dal "*Censimento permanente della popolazione in Umbria anno 2022*" rilasciato il 10 aprile 2024, la popolazione residente in Umbria al 31 dicembre 2022 è di n. 856.407 abitanti, in diminuzione rispetto all'anno precedente, di cui quasi il 75% concentrata nella Provincia di Perugia.

L'analisi della popolazione per genere ha confermato, anche per l'anno 2022, la prevalenza della componente femminile: le donne superano gli uomini di quasi 28.000 unità e rappresentano il 51,6% della popolazione residente. Il peso della componente femminile si evidenzia particolarmente nelle età più avanzate a seguito della maggiore longevità femminile.

⁷ Attualmente, ci sono circa 14 milioni di pensionati e 7 milioni di bambini, il che produce un rapporto di 23 milioni di lavoratori attivi rispetto a quelli pensionati, portando a una proporzione di 1 lavoratore per 1,6 pensionati, che nel 2050 si prevede si ridurrà a 1:1. Nel periodo compreso tra il 2021 e il 2025, le pensioni sono destinate ad aumentare di 69 miliardi di euro.

Tabella 1 – Bilancio demografico per provincia – Anno 2022, valori assoluti

PROVINCE	Popolazione censita al 1° gennaio	Saldo naturale	Saldo migratorio interno	Saldo migratorio estero	Aggiustamento statistico*	Saldo totale	Popolazione censita al 31 dicembre
Perugia	640.482	-4.506	324	3.004	-80	-1.258	639.224
Terni	218.330	-2.175	28	1.050	-50	-1.147	217.183
UMBRIA	858.812	-6.681	352	4.054	-130	-2.405	856.407
ITALIA	59.030.133	-321.744	-	260.796	28.016	-32.932	58.997.201

* L'aggiustamento statistico incorpora due componenti, il saldo delle poste relative a iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per altri motivi e il saldo delle operazioni di sovra e sotto copertura censuaria (saldo statistico censuario).

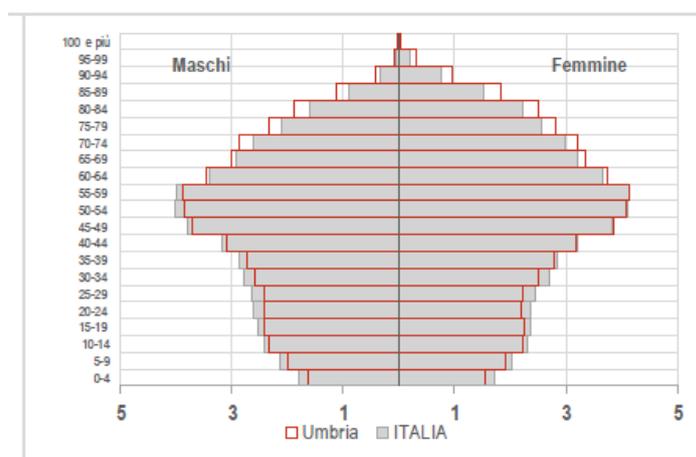
Fonte: Censimento permanente della popolazione in Umbria anno 2022" rilasciato il 10 aprile 2024

In Umbria, come nel resto del Paese, si registra il nuovo record minimo delle nascite, con una riduzione del 27,0% rispetto ai n. 6.786 nati di inizio millennio. Prosegue la tendenza negativa del tasso di natalità, passato dal 6,1 per mille del 2021 al 5,7 del 2022, e inferiore rispetto alla media nazionale (6,7 per mille abitanti).

Rispetto all'anno precedente il numero dei decessi cresce di 119 unità, in linea con il progressivo invecchiamento della popolazione; anche il tasso di mortalità, in considerazione della presenza di una popolazione mediamente più anziana, è superiore alla media nazionale (12,1 morti ogni mille abitanti) e si attesta al 13,5 per mille nel 2022 (dal 13,3 dell'anno precedente).

Anche il confronto della struttura per età in raffronto a quella nazionale, conferma per l'Umbria una popolazione sensibilmente più anziana rispetto al resto del Paese, come emerge dal profilo delle piramidi delle età sovrapposte di seguito riportato:

Grafico 1 – Struttura per età popolazione Umbria/Italia



Fonte: Censimento permanente della popolazione in Umbria anno 2022" rilasciato il 10 aprile 2024

L'età media umbra, in crescita sul 2021 (47,7), è di 48,0 anni, contro i 46,4 anni della media nazionale. Aumentano l'indice di vecchiaia⁸, che passa da 222,8 del 2021 a 229,8 del 2022 e, lievemente, l'indice di dipendenza degli anziani⁹, che si attesta a 43,4 contro 43,2 del 2021. Una lieve flessione si osserva per l'indice di struttura della popolazione attiva, che passa da 150,9 del 2021 a 150,5.

Dal quadro su delineato ne consegue che la spesa sanitaria per la popolazione umbra (*bisogno*) cresce come esigenza da soddisfare.

Prima della pandemia da COVID-19, per il contenimento della spesa sanitaria pubblica, l'Italia, come altri Paesi dell'Unione europea, aveva adottato strategie di razionalizzazione delle risorse, mirando sia a contenere il ricorso dei pazienti ai servizi ospedalieri a favore di un'assistenza in altri *setting* assistenziali presso servizi territoriali, sia al blocco del *turn-over* del personale sanitario. Per poter fronteggiare l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19, si è assistito ad una inversione di tendenza, con un incremento del finanziamento pubblico e la rimozione di vincoli normativi all'assunzione di personale. Per quanto concerne i riflessi che tale situazione ha sulla spesa pubblica si rinvia al Capitolo IV del presente referto.

In definitiva, considerando il contesto demografico, come sopra esposto, risulta necessario che l'organizzazione della sanità in Umbria tenda ad un modello integrato che combini interventi di prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera, con l'obiettivo di garantire il diritto alla salute per tutti i cittadini, affrontando in modo proattivo le sfide legate all'invecchiamento della popolazione e alle crescenti esigenze di cure.

2.2 L'articolazione e l'organizzazione della sanità regionale

L'organizzazione della sanità nella Regione Umbria è caratterizzata da un sistema integrato di strutture e servizi dedicati alla salute dei cittadini. La Regione ha la responsabilità fondamentale di pianificare, programmare e coordinare la gestione dei servizi sanitari, garantendo accesso, qualità e appropriatezza delle cure. Nel contesto umbro, la sanità è gestita attraverso le Aziende Unità sanitarie locali (AUSL) e le Aziende

⁸ Rapporto tra la popolazione anziana (di 65 anni e oltre) e quella giovanile (da 0 a 14 anni), moltiplicato per 100.

⁹ Rapporto percentuale tra popolazione in età non attiva e popolazione attiva.

ospedaliera (A.O.), le quali operano per fornire assistenza sanitaria di base e specialistica, anche con il supporto di strutture sanitarie private convenzionate. Particolare rilevanza, riveste, in tale ambito, l'organizzazione dell'assistenza territoriale dove la Regione ha investito, anche mediante integrazione tra le strutture delle Aziende sanitarie e di quelle ospedaliere, in servizi di medicina di base e specialistica ambulatoriale, favorendo la continuità assistenziale e l'interazione tra i diversi livelli di cura, con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione dei pazienti, promuovendo la cura a domicilio e l'uso delle Case di comunità, quali centri di coordinamento per l'assistenza sanitaria di prossimità. Di particolare rilievo nell'ambito dell'organizzazione sanitaria regionale è anche il ruolo della collaborazione tra il pubblico e il privato, che consente una gestione più flessibile dei servizi e un ampliamento dell'offerta assistenziale.

Nel contesto di una crescente domanda di assistenza sanitaria, la Regione è chiamata ad assicurare l'adozione di misure idonee a garantire adeguati livelli di risposta agli utenti, lavorando costantemente per migliorare l'efficienza dei servizi e l'esperienza complessiva dei pazienti che accedono agli stessi.

Come illustrato di seguito, la Regione Umbria ha assunto una serie di programmi organizzativi incidenti negli ambiti inerenti all'assistenza ed alla rete di emergenza sia mediante la creazione di un Centro unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane, sia mediante la revisione dell'organizzazione ospedaliera e territoriale delle Aziende sanitarie umbre, come da piano di efficientamento e riqualificazione del SSR 2022-2024 approvato con D.G.R. n. 1024 del 5 ottobre 2022, successivamente aggiornato per scorrimento con D.G.R. n. 943 del 13 settembre 2023 *"Piano di efficientamento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2022-2024 - Determinazioni - Aggiornamento per scorrimento 2023"* e con D.G.R. n. 796 del 7 agosto 2024 concernente *"Piano di efficientamento e riqualificazione del SSR 2022-2024. Determinazioni - Aggiornamento per scorrimento 2024"*¹⁰.

Tra le principali strategie adottate nel piano vi sono la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale attraverso una più efficiente gestione delle risorse umane, sia

¹⁰ Il Piano è un documento strategico fondamentale di programmazione che mira al raggiungimento, da parte del SSR, dell'equilibrio strutturale dal punto di vista economico, garantendo al contempo un miglioramento complessivo ed una efficienza ottimale dei servizi sanitari. In sintesi, rendere il SSR maggiormente sostenibile, efficiente e resiliente in linea con le *best practices* a livello nazionale ed europeo che, purtroppo, richiedono tempi lunghi di realizzazione.

in termini di reclutamento che di formazione, alla quale si somma un potenziamento delle strutture e dei servizi di erogazione e la presa in carico dei cittadini anche in un'ottica di rete di assistenza e di prevenzione, nonché con una migliore gestione della mobilità e delle liste di attesa.

Le Aziende sanitarie regionali, recependo a loro volta le suddette indicazioni, hanno provveduto ad elaborare i propri piani¹¹ in coerenza, peraltro, con gli obiettivi di *performance* assegnati ai DG. Secondo quanto riferito, dal monitoraggio regionale sull'attuazione delle misure contenute nei programmi operativi aziendali, tuttora in corso, sono emerse alcune criticità, in parte non imputabili agli assetti regionali in quanto determinate dal mancato perfezionamento dell'Intesa Stato-Regioni di riparto del FSN per il 2024. Al riguardo si rappresenta che il *focus* posto dalla Regione nel percorso di efficientamento concerne i saldi di mobilità, i costi del personale e quelli di consumo dei beni, aree sulle quali si attendono miglioramenti.

La Regione ha riferito l'avvio di una collaborazione con AGENAS per la predisposizione del piano di efficientamento per le annualità successive; dei rapporti con AGENAS si tratterà più diffusamente nel Capitolo II, paragrafo 2.8.

In tale ambito, si evidenzia che il D.M. 23 maggio 2022, n. 77 - con il quale è stato definito, in particolare, il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN e i relativi standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale ed al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, come individuati nell'allegato 1 al citato decreto, avente valore descrittivo, e nell'allegato 2, avente valore prescrittivo (art. 1) - ai commi 2 e 3 dell'art. 1 prevede che le Regioni “*provvedano entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del provvedimento [e] ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale ed al sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al presente decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR*”.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale, di cui alla D.G.R. n. 793 del 1° agosto 2022, ha definito il quadro di riferimento e i principi strategici per ridisegnare il SSR degli anni a

¹¹ Rispettivamente, da ultimo, con le seguenti deliberazioni del DG competente: Azienda USL Umbria 1 n. 1085 del 30 settembre 2024, Azienda USL Umbria 2 n. 2099 del 25 ottobre 2024, A.O. di PG n. 1010 del 2 settembre 2024 ed A.O. di TR n. 626 del 19 settembre 2024.

venire, in armonia con le linee di sviluppo del PNRR¹². In particolare, quest'ultimo, nell'ambito della Missione 6 - Salute, con la componente M6C1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", sostiene gli investimenti¹³ volti a rafforzare la capacità di erogazione di servizi e di prestazioni sul territorio.

La Regione Umbria, con la D.G.R. n. 152 del 28 febbraio 2022, aveva già definito la dislocazione dei *setting* assistenziali relativi alle Case di comunità (CdC)¹⁴, agli Ospedali di comunità (OdC)¹⁵ ed alle Centrali Operative Territoriali (COT)¹⁶, finanziati sia con risorse del PNRR, sia in parte con fondi di diversa provenienza. In particolare, con tale atto erano state individuate n. 23 CdC, n. 14 OdC e n. 9 COT. Inoltre, con la precitata D.G.R. n. 1204 del 5 ottobre 2022 erano stati individuati ulteriori n. 2 OdC, rispettivamente a Castiglione del Lago (PG) ed Amelia (TR) e, con la D.G.R. n. 1182 dell'11 novembre 2022, relativa al c.d. Terzo polo sanitario regionale (riferito ai presidi ospedalieri San Giovanni Battista di Foligno e San Matteo degli infermi di Spoleto), è stato previsto un ulteriore OdC a Spoleto.

Inoltre, la Regione Umbria, in attuazione di quanto previsto dal citato D.M. n. 77/2022, con D.G.R. n. 1329 del 14 dicembre 2022, avente ad oggetto "Approvazione del documento "Riorganizzazione assistenza territoriale in Umbria come indicato dal D.M. n. 77/2022", ha approvato il modello regionale umbro di assistenza territoriale, nel quale sono stati definiti la riorganizzazione della rete, i fabbisogni di personale per il funzionamento dei

¹² Per approfondimenti sul punto si rimanda al paragrafo 2.10 del Capitolo II. Inoltre, si fa presente che in corso di elaborazione uno specifico referto sul PNRR regionale umbro.

¹³ Per investimenti si intendono quelli per la realizzazione di strutture territoriali, per l'estensione dell'assistenza domiciliare, per il coordinamento tra *setting* di cura, per la continuità assistenziale, per lo sviluppo della telemedicina e per una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari.

¹⁴ L'obiettivo delle Case di Comunità (CdC) è quello di garantire strutture di prossimità utili ai cittadini per poterne soddisfare i bisogni sanitari e socio-sanitari non urgenti, evitando, in tal modo, anche accessi inappropriati di Pronto Soccorso.

¹⁵ L'obiettivo dell'Ospedale di Comunità (OdC), struttura intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, è quello di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al soddisfacimento dei fabbisogni socio-sanitari, di recupero funzionale e dell'autonomia, nonchè più prossimi al domicilio.

¹⁶ L'obiettivo delle Centrali Operative Territoriali (COT) è quello di svolgere funzioni di coordinamento della presa in carico dell'assistito e raccordo tra servizi (compreso il servizio di emergenza/urgenza) e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina (ad esempio, piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, *software* con accesso al FSE - Fascicolo sanitario elettronico e ai principali *database* aziendali, *software* di registrazione delle chiamate, ecc...) al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

servizi, i piani di formazione ed una sintesi delle azioni e dei cronoprogramma delle attività, oltre alle modalità di gestione e di monitoraggio delle azioni di riorganizzazione.

In dettaglio il documento in parola, dopo l'esposizione dell'analisi di contesto, illustra:

- a) le modalità individuate per la riorganizzazione della rete territoriale, con particolare riguardo alle forme di assistenza primaria (AFT-Aggregazioni Funzionali Territoriali, di medici di assistenza primaria) e per il recepimento e l'attuazione degli standard previsti dal più volte citato D.M. n. 77/2022 in relazione a diversi servizi (Case di comunità, Infermiere di famiglia o di comunità, Centrale operativa territoriale-COT; Centrale Operativa 116117¹⁷; Unità di continuità assistenziale; Assistenza domiciliare; Ospedale di comunità; Rete cure palliative; Consultori familiari, Dipartimento di prevenzione; Telemedicina; Integrazione sociosanitaria);
- b) i fabbisogni in termini di personale e i piani di formazione, con una stima del fabbisogno complessivo di personale infermieristico e di altro personale;
- c) il cronoprogramma delle azioni riferito, nello specifico, all'attivazione delle CdC, delle COT e degli OdC¹⁸;
- d) le modalità di gestione e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione. Al riguardo, dal documento risulta che *“L'organizzazione delle attività che saranno intraprese nell'ambito dello sviluppo del sistema che porterà ad un nuovo assetto del territorio regionale, sarà governata da un Nucleo di valutazione e monitoraggio regionale permanente che avrà il compito di orientare e definire le strategie, la coerenza dei modelli organizzativi e tecnologici di misurare e di monitorare l'avanzamento delle diverse iniziative intraprese. Nell'attività di governance, saranno coinvolti la Direzione Salute della Regione Umbria, il*

¹⁷ Il numero telefonico 116117 è il numero europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti ed altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura. È uno strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini senza alcun obbligo di registrazione preventiva, ma non può essere chiamato da un telefono cellulare bloccato in quanto non è un numero di emergenza sanitaria. Il numero garantisce ai i cittadini, nelle 24h, la possibilità di ricevere, senza soluzione di continuità, risposte alle chiamate di cure mediche non urgenti. Inoltre, funziona da raccordo con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza/urgenza. Il numero offre i seguenti servizi: garantire una risposta operativa anche con trasferimenti di chiamata per prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di continuità assistenziale, individuazione con eventuale trasferimento delle richieste di soccorso al 118 o al 112, consentire il raggiungimento del proprio MMG (medico di medicina generale)/PLS (pediatra di libera scelta) anche in caso di difficoltà di reperimento, fornire consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di continuità assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118, garantire risposta di tipo informativo e fornire altri servizi in funzione degli accordi Stato-Regioni italiane.

¹⁸ In calce a tale cronoprogramma si legge che *“per quanto riguarda il cronoprogramma di attivazione delle strutture extra PNRR si rimanda a successivi incontri con le Direzioni aziendali delle Aziende sanitarie regionali al fine di individuare il percorso e le tempistiche di messa in funzione delle strutture stesse”*.

gruppo di lavoro regionale per l'attuazione della Missione 6 del PNRR, il gruppo di coordinamento del PRP, il gruppo tecnico di lavoro per la non autosufficienza, le Direzioni delle aziende sanitarie regionali ed i rispettivi staff tecnici ed amministrativi. Per ogni iniziativa prevista dal presente documento sarà necessario definire un responsabile ed un piano di progetto che sia:

- coerente con la programmazione complessiva prevista da questo documento;*
- allineato alle tempistiche previste dalla progettualità del PNRR Missione 6;*
- coerente con le azioni ed i contenuti previsti dal PSR 2022-2026".*

Secondo quanto dedotto dalla Regione nell'ambito del DEFR UMBRIA 2024 l'attività di alcune CdC e di alcuni OdC, con riguardo alle strutture che non necessitavano di importanti interventi strutturali, è stata già avviata a partire dal 2022. In particolare, secondo quanto indicato nel documento, nonché dagli ulteriori elementi d'informazione acquisiti in fase istruttoria, risultano attivi:

- CdC di Città della Pieve (dal 2022);
- CdC di Trevi (dal 2022);
- CdC di Amelia (dal 2023);
- CdC di Marsciano (dal 2023);
- OdC di Marsciano (dal 2022);
- OdC di Spoleto (dal 2022);
- OdC di Amelia (dal 2023);
- OdC di Assisi (dal 2023);
- OdC di Città della Pieve (dal 2023);
- OdC di Gubbio-Gualdo Tadino (dal 2023);
- OdC di Città di Castello (dal 2024).

Inoltre, dallo stesso DEFR 2024, risulta che, entro la fine del 2023, era prevista anche l'attivazione della CdC di Bastia Umbra, allo stato degli atti non ancora attiva.

Con riguardo agli oneri connessi al potenziamento dell'assistenza territoriale, "al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal [PNRR]", la legge di bilancio 2022 (l. n. 234/2001), all'art. 1, comma 274, ha previsto che "con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli di spesa, e per quello convenzionato,

è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale". Tali risorse, vincolate alle assunzioni per la realizzazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, sono state ripartite con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 23 dicembre 2022 e sono destinate alle Unità di continuità assistenziale, alle COT, alle CdC ed agli OdC.

Sempre in tale ambito, con la D.G.R. n. 485 del 12 maggio 2023, la Regione ha approvato il Piano operativo che ha poi inviato al Ministero della salute ed ad AGENAS per l'utilizzo dei fondi del PNRR destinati all'assistenza domiciliare (intervento M6C1 - 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", sub - investimento 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura (ADI - Assistenza domiciliare integrata) e telemedicina"), assegnati alla Regione Umbria per euro 41.311.187,00 con decreto interministeriale del 23 gennaio 2023. All'esito della valutazione da parte della Commissione tecnica, costituita da Ministero della salute ed AGENAS, il piano, attinente alle modalità ed ai tempi di utilizzo delle risorse stanziare anche in connessione con quelle previste dal D.L. n. 34/2020, commi 4 e 5 (euro 32.537.208,00), è stato ritenuto conforme rispetto agli obiettivi dell'investimento 1.2.1 definiti dal PNRR Missione 6 - Salute - Componente 1 e dal citato decreto interministeriale del 23 gennaio 2023. Le risorse in parola per l'anno 2022 sono state assegnate alle Aziende USL Umbria 1 ed USL Umbria 2 con D.G.R. n. 412 del 21 aprile 2023, sulla base della popolazione residente nei rispettivi distretti al 1° gennaio 2022. Per inciso il DEFR 2024 riferisce in merito all'adozione del medesimo criterio per il riparto delle risorse assegnate per il 2023.

Relativamente all'**assistenza domiciliare integrata**, con D.G.R. n. 537 del 5 giugno 2024 è stato approvato lo schema di "Intesa con le organizzazioni rappresentative a livello regionale. Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)-Missione 6- Componente 1- Investimento 1.2.1-Casa come primo luogo di cura (ADI)-Assistenza domiciliare. CUPI99I22001510007"¹⁹.

Per quanto attiene all'**assistenza territoriale extra-ospedaliera per anziani non**

¹⁹ Concernente l'acquisto o realizzazione di servizi nella M6C1I1.02.01 - Casa come primo luogo di cura (ADI) pari a euro 73.848.395,00, cofinanziato da euro 41.311.187,00 provenienti dal PNRR e da euro 32.537.208,00 provenienti da un finanziamento pubblico.

autosufficienti la Regione Umbria, con la D.G.R. n. 1068 del 18 ottobre 2023, ha approvato il Piano strategico triennale dei relativi fabbisogni finalizzato a definire i posti letto complessivi da autorizzare e da accreditare al fine di:

- garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture;
- autorizzare nuovi operatori in modo da colmare eventuali lacune nell'accesso alle cure;
- evitare duplicazioni nell'apertura delle strutture;
- garantire una assistenza che comprenda tutto il territorio e tenga conto delle zone geograficamente isolate (zone interne), altrimenti svantaggiate o comunque a prova di fallimento di mercato, realizzando una omogenea distribuzione dei posti letto;
- adottare misure pro-concorrenziali scongiurando la realizzazione di una eccessiva offerta di prestazioni sanitarie, che potrebbe dar luogo alla ricerca di vantaggi competitivi di costo sino a determinare una riduzione dei livelli di qualità e di sicurezza.

Al riguardo, è stato rilevato che la D.G.R. non disciplina le modalità di accesso e le relative procedure (liste di attesa). Sul punto, con le deduzioni inviate in data 16 dicembre 2024, l'Amministrazione ha fatto sapere che *"l'accesso alle strutture per anziani non autosufficienti è disciplinato di fatto dalle procedure di dimissione protetta che assegnano alle Unità di valutazione multidimensionale la responsabilità di definire il setting appropriato di ricovero a partire dalle indicazioni del reparto di dimissione) o dalla equipe multidisciplinare e multiprofessionale (previste nelle case di comunità) che valuta, prende in carico il paziente e stabilisce la appropriatezza del ricovero nelle diverse strutture ai sensi di quanto indicato dal DM 77. Il ricovero è richiesto dal MMG, la valutazione può essere richiesta dalle singole famiglie o dagli assistenti sociali o addirittura dai singoli professionisti che hanno in carico il paziente"* e ha specificato le modalità di valutazione adottate²⁰ precisando che *"tali strumenti sono*

²⁰ In dettaglio, è stato riferito che *"La Valutazione viene effettuata secondo scale scientificamente approvate e condivise e addirittura inserite nel programma informatizzato che gestisce tutto il sistema di presa in carico del paziente nel territorio. Le priorità di accesso vengono quindi definite in maniera univoca e trasparente.*

Le scale di valutazione utilizzate sono:

- BRASS a reparto che permette di valutare se il paziente è potenzialmente da inserire in un programma di dimissione protetta, in modo da allertare preventivamente il territorio
- CONTACT ASSESSMENT che permette di prendere in carico la persona suggerendo uno specifico appropriato servizio: per esempio di Assistenza Domiciliare Programmata, per un servizio di Assistenza

utilizzati in forma omogenea su tutto il territorio regionale al fine di garantire un approccio sistemico oggettivo e verificabile alla presa in carico del paziente”.

Con riguardo ai posti letto accreditati/convenzionati ai sensi dell’art. 8-*quinquies*, risulta che i criteri di accesso e lo scorrimento delle liste di attesa vengono disciplinati dalle Aziende USL competenti per territorio attraverso previsioni contrattuali che prevedono l’autorizzazione delle Aziende stesse previa emissione delle necessarie prescrizioni mediche ed effettuazione delle eventuali valutazioni multidisciplinari previste dai LEA. Con D.G.R. n. 1399 del 28 dicembre 2023, la Regione ha approvato il documento recante “*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*”, il quale si conclude con un paragrafo dedicato al Cronoprogramma di attuazione²¹.

Sul punto l’Amministrazione ha riferito l’avvenuto espletamento, da parte della Direzione regionale, delle attività di monitoraggio trimestrale della programmazione dei posti letto con scadenze al 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 15 dicembre 2024, come previsto dal citato cronoprogramma. I monitoraggi al 31 marzo ed al 30 giugno 2024,

Domiciliare Integrata, o per segnalarlo ad altri servizi come le cure palliative o residenzialità, sempre avvalendosi dei “suggerimenti” offerti dal sistema informatizzato come sintesi della valutazione.

Una volta scelto il setting assistenziale più appropriato per stabilire il carico assistenziale e/o le priorità di intervento il paziente viene affidato ad un setting e si utilizzano scale di valutazioni specifiche che vengono con tempistiche stabilite riutilizzate per aggiornare la valutazione

- VAOR per la residenzialità anziani
- PALLIATIVE CARE per l’assistenza ai pazienti terminali o oncologici
- SWAMDI per la riabilitazione
- HOME CARE per la assistenza domiciliare”.

²¹ In dettaglio, con tale atto la Giunta regionale, oltre all’approvazione del menzionato documento, ha deliberato “di definire l’offerta complessiva dei PL pari a quella prevista dalla DGR 212/2016 (n. 3.237), cui aggiungere i 58 PL previsti dall’incremento di dotazione del DL 34/2020 per complessivi 3.295 PL, individuando, in coerenza con l’art. 8 quater del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii. (che ai fini dell’accreditamento, fa riferimento ai livelli sanitari e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali), l’offerta da destinare al privato accreditato/convenzionato nella provincia di Terni pari a 80 PL, che risulta sprovvista di tale dotazione, con distribuzione dei posti letto nelle discipline di Ortopedia, Chirurgia Generale, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Riabilitazione e rieducazione funzionale oltre ai 562 pl per l’Azienda Ospedaliera di Terni in conformità a quanto indicato nella tabella di pag.57 anche per gli altri ospedali; di prevedere l’incremento di n. 9 pl dell’Istituto Tiberino ai fini dell’abbattimento della mobilità passiva allineandoli ad un totale di 120 pl;

3. di definire la dotazione dei PL ad esclusivo uso privato nelle due Province di Perugia e Terni secondo i criteri riportati nel documento di cui al punto 1) ed in particolare al paragrafo 7 pagg.22 e 23;

4. di prevedere nell’ambito delle zone disagiate la realizzazione a Norcia dell’ospedale per acuti con 22 pl e PS h.24, nonché nella zona del Trasimeno, oltre all’ospedale per acuti di Castiglione del Lago con PS h24 e 34 pl per acuti oltre 20 pl per ospedale di comunità; realizzare l’ospedale di Comunità di Città della Pieve con 20 pl, anche attraverso l’attivazione di una sperimentazione gestionale di partenariato pubblico – privato, volta alla realizzazione di 20 pl per acuti oltre ad un PS dedicato”.

unitamente alle richieste formalizzate dai DG delle Aziende sanitarie regionali, hanno condotto all'adozione, da parte della Giunta regionale, dei seguenti provvedimenti di revisione della citata D.G.R. n. 1399/2023:

- D.G.R. n. 802/2024 con la quale la Giunta regionale ha istituito un'unica Struttura Complessa di Neurochirurgia interaziendale, con sede presso l'A.O. di Terni, derivante dall'unificazione della S.C. (Struttura complessa) di Neurochirurgia dell'A.O. di Perugia e della S.C. di Neurochirurgia dell'A.O. di Terni e soppresso le SS.CC. (Strutture complesse) di Neurochirurgia presenti rispettivamente presso l'A.O. di Perugia e presso quella di Terni;

- D.G.R. n. 1029/2024 con la quale la Giunta regionale ha istituito n. 1 SSD (Struttura sanitaria dipartimentale) di senologia nel Dipartimento Area Servizi dell'Ospedale di Gubbio - Gualdo Tadino, in quanto struttura di riferimento per il territorio di appartenenza e per la diagnostica di II, livello ed un'altra analoga nel Dipartimento Area Servizi dell'Ospedale di Città di Castello, in quanto - inserita nella *Brest Unit*²² aziendale - costituisce struttura fondamentale anche per il corretto funzionamento di tutta l'*equipe* medica.

Successivamente, in occasione dell'ulteriore *report* di monitoraggio, con dati al 30 settembre 2024, le Aziende sanitarie hanno relazionato che:

- per le **reti tempo dipendenti e cliniche**, il cronoprogramma di cui alla D.G.R. n. 1399/2023 prevedeva il recepimento da parte delle Aziende della revisione delle reti tempo dipendenti (*ST elevation myocardial infarction-STEMI, ictus, trauma e neonatologia e Practical Nurse-PN*) da parte delle Aziende entro marzo 2024. L'A.O. di Perugia ha comunicato che le sedi *Hub* sono tutte attive e operative, anche se permangono alcune criticità per le risorse. Anche l'A.O. di Terni ha comunicato che le sedi *Hub* sono tutte attive e di aver adottato provvedimenti *ad hoc* a luglio 2024. Per quanto concerne le Aziende sanitarie, la USL Umbria 1 ha reso noto che i nodi delle reti sono attivi tranne Orvieto come *Spoke* per lo STEMI, a causa dell'assenza di personale a ciò preposto che deve essere reclutato, e di aver definito le procedure interne in linea con le indicazioni delle DD.GG.RR. di riferimento; anche l'USL Umbria 2 ha comunicato che i nodi delle reti sono attivi, precisando di aver adottato i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) aziendali a settembre 2024. E' stato, inoltre, resa nota la previsione di riunioni

²² Modello organizzativo per la cura ed assistenza del tumore al seno.

dei Comitati delle specifiche reti da svolgersi a breve per la verifica dello stato di attuazione delle stesse e della piena operatività dei nodi delle reti sia *Hub* che *Spoke*, la valutazione delle criticità operative, al fine di promuoverne le azioni correttive e/o di miglioramento, la mappatura delle risorse destinate alle reti (attivazione posti letto, risorse umane, risorse tecnologiche, ecc.) e la gestione dei trasporti secondari relativa a tutte le reti, che, come condiviso con i Direttori sanitari, verrà affrontata in un Gruppo di lavoro unitario con la Centrale operativa unica regionale (COUR) 118. Per le altre reti cliniche sono state adottate le DD.GG.RR. della rete oncologia regionale (ROR), della rete reumatologica, della rete diabetologica, del Centro regionale sangue, della rete malattie rare e sono in corso i lavori per la definizione della rete pneumologica;

- in merito alla **piena attuazione ed operatività dell'integrazione tra l'Ospedale di Perugia ed il presidio ospedaliero (POU)²³ Azienda Usl Umbria 1**, per quanto riguarda il progetto "*Cingolo interaziendale*"²⁴ tra l'Azienda Ospedaliera di Perugia e il POU dell'Azienda USL Umbria 1 - teso all'adozione di un metodo di distribuzione dei ricoveri dal PS nei reparti afferenti all'area medica al fine di migliorare l'appropriatezza degli stessi e di applicare, nel contempo, strategie per una dimissione precoce e protetta - le due Aziende hanno iniziato a darvi attuazione, prevedendo il trasferimento diretto dal PS dell'A.O. di Perugia per n. 2 possibili ricoveri (per ciascun presidio POU/al giorno per 5 gg/settimana di almeno 2 pazienti residenti) presso gli ospedali del POU e sono in corso aggiustamenti per ottimizzarne la procedura (Delibera A.O. di Perugia n. 541 del 24 aprile 2024, Delibera Azienda USL Umbria 1 n. 469 del 22 aprile 2024);

- in merito alla **piena attuazione ed operatività dell'integrazione tra l'Ospedale di Terni ed il Presidio di Narni - Amelia²⁵**, il protocollo di integrazione è stato dapprima adottato per l'area chirurgica dall'A.O. di Terni e l'Azienda USL Umbria 2. In proposito sono stati già previsti obiettivi per gli interventi in *Day Surgery* (DS) e ambulatoriali (nel 2024, n. 47 interventi DS e n. 214 ambulatoriali). Per l'area medica è in atto l'integrazione funzionale con l'A.O. di Terni con la redazione della relativa convenzione;

²³ Costituito dagli Ospedali di Assisi, Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere e dal CORI (Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva) di Passignano.

²⁴ Progetto mirato alla gestione sistematica dei posti letto nel Dipartimento di area medica.

²⁵ Al riguardo si precisa che l'attuale presidio di Narni - Amelia, composto dall'Ospedale di Narni, dall'Ospedale *Domus* e dall'Ospedale di Amelia, confluirà nell'unico Ospedale di Narni - Amelia con n. 120 posti letto ospedalieri, di cui n. 65 per acuti e n. 55 per post-acuti.

- **l'attivazione di elisoccorsi regionali**, è operativa dal 1° marzo 2024, nel rispetto del cronoprogramma di cui alla D.G.R. n. 1399/2023. Per quanto attiene alle elisuperfici degli Ospedali DEA (Dipartimento emergenza e accettazione) risulta, per l'Ospedale di:

- Perugia, elisuperficie attiva per il volo diurno da febbraio 2024 ed operatività per il volo notturno prevista entro novembre 2024;
- Terni, elisuperficie attiva per il volo diurno dal 27 settembre 2024, mentre sono in corso le azioni per renderla idonea al volo notturno;
- Città di Castello, è in corso la pianificazione di attivazione con ENAC;
- Gubbio-Gualdo Tadino, il Direttore sanitario ha riferito che l'Azienda ha attuato le azioni necessarie per adeguare l'area, ma che, tuttavia, al momento non è stimabile la data di attivazione della stessa per la presenza di alcune criticità;
- Foligno, elisuperficie attivata nei tempi previsti per il volo diurno, mentre sono in corso le azioni per renderla idonea al volo notturno;
- Spoleto, il Comune ha individuato come posizione un'area dove provvederà alla progettazione e realizzazione dell'elisuperficie;
- Orvieto, è stata completata la realizzazione di una piazzola nell'area del parcheggio dell'Ospedale ed è in corso la pianificazione di attivazione con ENAC.

A tale riguardo, in relazione alla evidenziata mancanza di elementi di aggiornamento, l'Amministrazione con la nota deduttiva del 16 dicembre 2024, ha fornito le seguenti ulteriori informazioni:

- per Perugia è stato precisato che *“sono stati avviati i lavori per l'adeguamento al volo notturno con conclusione prevista per il 23 dicembre e autorizzazione ENAC prevista entro fine anno 2024”*;
- per Terni, che per il *“volo notturno è in fase di realizzazione il sistema di illuminazione per successiva autorizzazione ENAC, stimato entro febbraio 2025”*;
- per Città di Castello che *“sono state definite le risorse per la progettazione e la realizzazione dell'elisuperficie abilitata al volo diurno e notturno per la successiva certificazione ENAC”*;
- per Gubbio-Gualdo Tadino che *“l'Azienda è in attesa della realizzazione dei lavori da parte del Comune per rendere libera l'area destinata all'elisuperficie”*;
- per Orvieto che la piazzola realizzata nell'area del parcheggio dell'Ospedale è

“abilitata al volo diurno dal 6.12.2024”.

Quanto comunicato in ordine alle aree di Perugia, Terni e Foligno, è stato sostanzialmente confermato in sede di contraddittorio orale, nel corso del quale il Direttore generale dell’Azienda Ospedaliera di Perugia ha riferito che sono in fase di completamento le piazzole per il volo notturno - e, nello specifico, che per Terni è già stata completata, per Perugia lo sarà nei prossimi giorni, mentre per Foligno è in fase di completamento - ed ha precisato che, previa autorizzazione di Enac, si prevede di partire il 1° febbraio con il servizio h 12 e il 1° maggio con il servizio h 24, salvo ritardi dovuti al rilascio di autorizzazioni.

Per le elisuperfici dei siti comunali sono state individuate quelle da realizzare in relazione alle manifestazioni di interesse inviate dai Comuni ed attivate quelle già esistenti ed è stato, altresì riferito che è in atto una collaborazione con ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) per l’invio delle convenzioni da sottoscrivere con i Comuni. Contestualmente è stato rappresentato che, al fine di sopperire alla mancata manifestazione d’interesse da parte dei Comuni e garantire la copertura del servizio in tutto il territorio regionale, è necessaria una attività di mappatura delle zone comunali ancora prive di elisuperfici. Inoltre, tra le iniziative di integrazione tra Aziende sanitarie ed ospedaliere, già avviate e/o programmate e finalizzate ad assicurare l’erogazione delle prestazioni nei *setting* assistenziali appropriati, sono da citare gli interventi realizzati con fondi PNRR e attuativi della riforma dell’assistenza territoriale prevista dal D.M. n. 77/2022 già realizzati o in corso di realizzazione;

- le **Centrali operative territoriali** (COT), finanziate per un importo pari a complessivi euro 3.067.763,83 (riferito alle tre componenti: edilizia, dispositivi ed interconnessione), sono ripartite sul territorio regionale in base al seguente schema:

Tabella 2 - Centrali Operative Territoriali (COT) - Dislocazione

Azienda	Comune	Localizzazione	Tipologia
Usl Umbria 1	Perugia	Via XIV settembre	HUB
	Perugia	Via XIV settembre	SPOKE 2 moduli
	Città di Castello	Via Vasari	SPOKE 2 moduli
Usl Umbria 2	Spoletto	Via A. Manna	SPOKE 2 moduli
	Terni	Viale Trieste	SPOKE 2 moduli

Fonte Regione Umbria

Con DD.GG.RR nn. 620 e 621 del 28 giugno 2024²⁶ si è preso atto, in base alla documentazione inviata dalle Aziende sanitarie territoriali soggetti attuatori delegati dei relativi interventi, del conseguimento del *target* regionale al T2-2024, consistente nella realizzazione di COT pienamente funzionanti. Con riguardo alle stesse, l'Amministrazione ha riferito che sono in corso di approvazione le linee di indirizzo regionali;

- gli **Ospedali di Comunità**, oltre ai n. 5 interventi per un importo di complessivi euro 13.805.166,54 (di cui euro 13.402.267,40 riferiti a fondi PNRR) previsti per la realizzazione degli OdC situati ad Orvieto, Terni (Azienda USL Umbria 2), Umbertide, Montefalco e Perugia (Azienda USL Umbria 1) - dei quali n. 1 in fase di aggiudicazione (Montefalco) e i restanti n. 4 in fase di stipula del contratto - il cronoprogramma della D.G.R. n. 1399/2023 prevedeva altresì l'apertura di OdC intraospedalieri entro il 30 giugno 2024, il cui stato di attuazione è il seguente:

- Azienda USL Umbria 1:

- Città di Castello - attivato;
- Gubbio-Gualdo Tadino- attivato;
- Castiglione del Lago - non ancora attivato in attesa del completamento dei lavori di miglioramento sismico;
- Media Valle del Tevere - non ancora attivato per necessità dell'area medica ospedaliera, mentre risulta attivo al momento quello di Marsciano extra-ospedaliero;
- Assisi - attivato;

-Azienda USL Umbria 2:

- Amelia - attivato;
- Spoleto - attivato;
- Cascia - non ancora attivato in attesa del completamento dei lavori da parte della Regione Umbria.

Risulta, inoltre, che sono in fase di revisione le linee guida regionale per gli OdC,

²⁶ Aventi ad oggetto rispettivamente "PNRR Missione 6 salute, component 1, investimento MC6C1/1.2 casa come primo luogo di cura e telemedicina, sub-investimento 1.2.2, implementazione delle centrali operative territoriali. Raggiungimento target M6C1-7 centrali operative pienamente funzionanti Regione Umbria Azienda Punt Umbria 2" e "PNRR Missione 6 salute, component 1, investimento MC6C1/1.2 casa come primo luogo di cura e telemedicina, sub-investimento 1.2.2, implementazione delle centrali operative territoriali. Raggiungimento target M6C1-7 centrali operative pienamente funzionanti Regione Umbria Azienda USL Umbria 1".

approvate con D.G.R. n. 912/2023.

Quanto alle **attività di formazione**, con D.G.R. n. 442 del 16 maggio 2024 recante “*Centro Unico di formazione e valorizzazione delle risorse umane. Approvazione piano unico di formazione regionale in sanità 2024. Integrazione al disciplinare Centro Unico di formazione e sviluppo risorse umane di cui alla D.G.R. n. 839/2023*” sono stati definiti gli eventi formativi da erogare agli operatori del SSR entro il 20 dicembre 2024.

Alla luce delle misure organizzative assunte dalla Regione Umbria, si rileva una scarsa attenzione nei riguardi dell'emergenza/urgenza, che rappresenta, invece, uno dei cardini fondamentali del sistema sanitario in quanto interviene in situazioni in cui la tempestività è essenziale per garantire la sopravvivenza stessa dei pazienti e per la quale, peraltro, non esiste un mercato privato che possa integrarsi con il servizio pubblico e sopperirne alle carenze. In tale ambito, caratterizzato non solo dall'urgenza clinica, ma anche dalla necessità di un'organizzazione capillare e strutturata, capace di rispondere rapidamente a qualsiasi calamità o crisi sanitaria, la disponibilità immediata di risorse, competenze e infrastrutture è, pertanto, imprescindibile.

Sul punto con la menzionata nota deduttiva del 16 dicembre è stato riferito che “*L'attenzione alla rete emergenza-urgenza è stata prioritaria per la Regione Umbria. Il nuovo assetto organizzativo della rete dell'emergenza-urgenza muove dalla DGR 1174 del 09.11.2022, recante “Istituzione del Dipartimento interaziendale regionale di Emergenza Urgenza - Nuovo assetto organizzativo della rete regionale dell’Emergenza- Urgenza”, con cui è stato delineato il nuovo modello della rete, partendo dalle criticità rilevate con l'applicazione della DGR 01.09.2021, n. 812.*

La rete regionale di emergenza-urgenza ha previsto lo sviluppo di processi di integrazione tra ospedale e territorio con nodi della rete che appartengono ad entrambi i livelli di assistenza, da coordinare, tuttavia con uno strumento di governance unitaria. Da queste considerazioni è emersa la necessità di istituire un Dipartimento Interaziendale Funzionale, in grado di regolare tutte le attività di emergenza-urgenza per assicurare le giuste sinergie attraverso la centralizzazione delle funzioni unitarie ed il coordinamento delle stesse in rapporto alle funzioni capillari e distribuite nel territorio, al fine di garantire un sistema efficiente, efficace, appropriato e sicuro. Da ciò è dipesa la riallocazione della COUR 118 presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia, Azienda capofila nel periodo di sperimentazione.

Già nel periodo di vigenza della DGR 812/2021 sia l’Azienda Ospedaliera di Perugia, sia l’Azienda Usl Umbria n. 1, presso cui con la stessa DGR era stata ricondotta la COUR 118,

avevano intrapreso una collaborazione con l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza della Regione Lombardia (AREU) per l'implementazione del nuovo modello. Pertanto, presso la Direzione regionale Salute e Welfare si sono svolte una serie di riunioni con AREU e le Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali [...] nel corso delle quali venivano definiti i punti da sviluppare per la rete di Emergenza Urgenza e la relativa metodologia.

Successivamente con Determinazione direttoriale 18.05.2023, n. 5281 venivano individuati i 5 punti prioritari da sviluppare e creata la struttura organizzativa per i relativi lavori con la costituzione di 5 gruppi di lavoro (costituiti da rappresentanti regionali, aziendali e dai relativi referenti AREU) e di una cabina di regia composta dal Direttore regionale alla Salute e Welfare ed i suoi collaboratori, la Direzione strategica di AREU, i coordinatori dei vari gruppi di lavoro, i 4 Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali”²⁷.

In particolare, in merito agli interventi di soccorso, l'Amministrazione ha riferito che “i

²⁷ Trattasi dei seguenti gruppi di lavoro: 1. Costituzione del Dipartimento; 2. Elisoccorso; 3. COUR 118; 4. Formazione; 5. Territorio - mezzi soccorso. In particolare:

1) In merito alla Costituzione del dipartimento, è stato riferito che in esito all'attività del gruppo di lavoro è stata adottata la DGR 18.10.2023, n. 1065 con cui sono stati approvati il documento "Dipartimenti interaziendali funzionali (DIF). Integrazione della Direttiva di cui alla DGR 910/2013, ai sensi dell'art. 37, co. 9 LR 11/2015 (Testo Unico in materia di Sanità e Servizi sociali)" e le Linee guida del Dipartimento Interaziendale regionale di Emergenza Urgenza (DIREU), già istituito con DGR 1174/2022.

Nel corso del 2024 è stato completato il concorso per Direttore di Struttura Complessa della COUR 118 con copertura dell'incarico. Si procederà con la formalizzazione del Dipartimento Interaziendale regionale di Emergenza Urgenza (DIREU).

2) Relativamente all'Elisoccorso è stato indicato che “il gruppo ha portato avanti tutte le attività necessarie per poter attivare l'elisoccorso regionale che è diventato operativo al volo diurno dal 1.3.2024”.

3) Riguardo alla COUR 118, è stato riferito che “Le questioni affrontate dal gruppo di lavoro hanno riguardato principalmente [...]:

- la valutazione della sede della COUR 118 che è stata individuata in Via del Giochetto e sono state avviate le procedure per adeguare la struttura dal punto di vista sismico per i criteri previsti per una Centrale Operativa 118 (classe 4), la successiva attivazione delle linee telematiche per garantire l'utente protetto, del SW e dell'HW.

- il modello organizzativo da adottare per le specificità organizzative della regione Umbria in relazione all'organizzazione della emergenza urgenza sul territorio sia con i mezzi su ruota e la loro tipologia (distribuzione MSA e MSI) e l'operatività dell'elisoccorso regionale, all'organizzazione della rete dei PS di II livello, di I livello e di base, la distribuzione dei nodi HUB e Spoke delle reti tempo-dipendenti”.

4) Per la Formazione che “Dagli esiti del lavoro del gruppo è emersa l'importanza per il personale individuato in seguito alle procedure concorsuali di aver partecipato a corsi base ed avanzati in emergenza urgenza, seppur non fondamentali, al fine dello svolgimento del servizio, soprattutto quelli che si svolgono in sedi extra ospedaliere.

Attraverso il Centro Unico di Formazione, si è proceduto a completare la formazione anche specialistica oltre quella di base per il personale dell'Elisoccorso.

Si evidenzia, inoltre, che il Piano unico formativo regionale per l'anno 2024 approvato con DGR 442/2024 dedica particolare attenzione al tema dell'emergenza -urgenza attraverso 37 aree tematiche, compresa la formazione continua del personale dell'Elisoccorso”.

5) Riguardo all'attività del gruppo Territorio-Mezzi di soccorso, l'Amministrazione ha rappresentato la struttura del Sistema Territoriale di Soccorso, il quale prevede l'operatività di: n. 10 Mezzi di Soccorso Avanzati (MSA, il cui equipaggio è costituito da Medico di Emergenza territoriale (MET), Infermiere ed Autista Soccorritore); n. 36 Mezzi di Soccorso con Infermiere (MSI, il cui equipaggio è costituito da Infermiere ed Autista Soccorritore a bordo di Ambulanza); n. 3 Mezzi di Soccorso di Base (MSB, il cui equipaggio è costituito da Soccorritori Volontari ANPAS, CRI, Misericordia, ecc.). Operano, altresì n. 8 Automediche, oltre al Servizio di Elisoccorso.

dati di attività mostrano come negli ultimi tre anni gli interventi complessivi siano aumentati e i tempi medi di intervento presentano alcune criticità in alcune aree geografiche della Regione ed ha evidenziato che “le proposte operative di reingegnerizzazione della rete partono dall’analisi e gestione delle criticità”, fornendo, al contempo, una elencazione delle principali caratteristiche e dei fattori di criticità della Rete del soccorso ospedaliero²⁸ e delle relative proposte operative²⁹.

Inoltre, è stata riferita l’avvenuta riorganizzazione delle seguenti Reti Tempo-Dipendenti:

- “• Rete neonatologia e Punti Nascita (DGR 165/2024) con individuazione di 2 PN di II livello (Perugia e Terni) e 4 PN di I livello (Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, Foligno, Orvieto);
- Rete ictus (DGR 169/2024) con individuazione di 2 Stroke Unit di II livello (Perugia e Terni) e 4 Stroke Unit di I livello (Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, Foligno, Orvieto);
- Rete regionale Cardiologica per l'emergenza - STEMI. (DGR 170/2024) con individuazione di 3 HUB con Cardiologia, UTIC ed Emodinamica (Perugia, Terni, Foligno) e 3 Spoke con Cardiologia e UTIC (Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, Orvieto);

²⁸ In particolare:

- “• Notevole estensione geografica e particolarità morfologiche del territorio regionale.
- Stato della rete viaria caratterizzato da una estesa rete di strade statali, vitali per l'economia e la mobilità delle popolazioni umbre, oltre che per il cospicuo flusso turistico.
- Dispersione demografica, soprattutto in alcune aree come la Valnerina, l'Orvietano, il Lago Trasimeno, l'area nord-est e l'area della media valle del Tevere, tutte anche classificate per lo SNAI aree interne
- Invecchiamento della popolazione [...].
- Turismo estivo [...] che ha generato una pressione sulle strutture destinate all'emergenza sanitaria, data da un elevato numero di turisti in rapporto alla popolazione residente.
- Rete ospedaliera e territoriale: attualmente sono 16 Ospedali per acuti presenti in Regione, con 2 DEA di II Livello (Perugia e Terni) e 5 DEA di I Livello (Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino, Foligno, Spoleto e Orvieto) 9 Ospedali di base per acuti (Umbertide, Castiglione del Lago, Assisi, Media Valle del Tevere, Narni e Norcia) con necessità di efficientamento per garantire qualità delle cure e sostenibilità del sistema.
- Risorse umane specializzate – vi è carenza di personale Medico operante nel servizio di 118 ed anche l'assenza di vocazione tra i Medici Specialisti MEU nello svolgere in maniera esclusiva tale attività.
- Risorse umane di supporto – riduzione tendenziale di risorse provenienti da mondo del volontariato su tutto il territorio nazionale, anche per ragioni demografiche e conseguente difficoltà di operatori “laici” disponibili, in particolare nelle aree rurali più disagiate.
- Tempi di intervento -Tempi di intervento non in linea in alcuni territori.
- Potenziamento della Formazione necessità di formare e delegare per procedure individuate gli infermieri che operano in ambulanza per assicurare maggiore qualità ed autonomia al sistema di Emergenza 118 alla luce del fatto che in circa il 90 % degli eventi vengono gestiti dal solo personale infermieristico.

²⁹ Le proposte operative indicate consistono in:

- Progetto di efficientamento del sistema 118 con revisione postazione MSA e MSB e della composizione degli equipaggi.
- Attivazione dell’elisoccorso al volo notturno.
- Potenziamento della telemedicina con Televisita e Teleconsulto per tutte le patologie tempo-dipendenti perché rende più efficiente ed efficace la centralizzazione dei pazienti.
- Piena integrazione del sistema pre-opedaliero con quello ospedaliero.
- Piena operatività delle reti tempo-dipendenti e delle reti cliniche”.

• Rete regionale traumatologica (DGR 132/2024) con individuazione di 2 CTS (Perugia e Terni) 2 CTZ (Città di Castello e Foligno), 2 PST (Gubbio-Gualdo Tadino, Orvieto), Gubbio-Gualdo Tadino, Orvieto e del Centro di riferimento della Chirurgia della Mano presso l'Azienda Ospedaliera di Terni"³⁰.

Infine, l'Amministrazione ha evidenziato che "Per tutta la rete emergenza resta il problema non solo di Regione Umbria del reclutamento di personale, rappresentando questa area una fra le più critiche in relazione alla carenza di personale già formato e disponibile alla formazione specialistica".

In tema di emergenza-urgenza, nel corso del contraddittorio orale del 19 dicembre 2024, l'Amministrazione ha, altresì, evidenziato che risulta avviato il cantiere relativo al trasferimento della centrale operativa 118 in Via del Pozzo - nell'ambito degli interventi ex d.l. n. 34/2020 relativi al Pronto Soccorso - e che la centrale operativa dovrebbe essere attiva a partire dall'estate 2025, con nuova struttura e nuova tecnologia informatica.

In parallelo all'emergenza, l'altro ambito di assoluto rilievo è costituito dall'assistenza territoriale, che funge da fondamentale supporto per la continuità delle cure e la gestione delle patologie croniche. L'assistenza territoriale si propone di ridurre le pressioni sugli ospedali e di garantire un accesso più diretto e tempestivo alle cure; essa affronta problematiche non solo di natura fisica, ma anche sociale, poiché spesso le malattie sono

³⁰ Con riguardo a tale processo di riorganizzazione è stato indicato che con "con DGR 1421 del 30/12/2022 «Riorganizzazione Reti Tempo-Dipendenti. Recepimento Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi del punto 8.1 del Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti», la Regione Umbria ha tra l'altro dato mandato ai competenti Servizi regionali di attivare i Comitati di Coordinamento delle reti Cardiologia, Ictus, Trauma e Neonatologica e Punti nascita, al fine di procedere con la stesura del Piano di Rete. Con Determina Direttoriale n. 7275 del 5 luglio 2023 «Riorganizzazione delle Reti Tempo-Dipendenti. Istituzione coordinamenti» la Regione ha individuato i gruppi di lavoro per la definizione delle reti tempo-dipendenti. Dopo attenta analisi di contesto e indicazioni Agenas per ogni rete tempo dipendente è stata definita:

- La struttura di base - include i requisiti di programmazione, di governance organizzativo- funzionale e le risorse strutturali, di personale, tecnologiche che rappresentano gli elementi di base dell'infrastruttura di Rete, necessari per la confrontabilità dei sistemi;
- I meccanismi operativi e processi sociali - comprende i requisiti inerenti al funzionamento e agli aspetti qualitativi delle Reti in termini di processi assistenziali, di supporto e strategico- gestionali e i requisiti di integrazione tra pazienti, professionisti ed operatori;
- I Risultati - rappresentano i requisiti relativi ai dati di processo e di esito sia per le attività di Rete".

È stato, altresì, indicato che "con DGR n. 445 del 28/04/2023 «Programma regionale per la gestione integrata del paziente in Pronto Soccorso. Adozione, ai sensi della DGR n. 803/2022, delle seguenti linee guida: "Triage intraospedaliero", "Linee guida "Osservazione Breve Intensiva - OBI" e "Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso» sono state approvate le linee guida regionali che compongono il Programma regionale per la gestione integrata del paziente in Pronto Soccorso, elaborate dal Gruppo di lavoro Emergenza-Urgenza in conformità con gli indirizzi generali dell'Accordo Stato-Regioni del 01 agosto 2019, di seguito elencate: "Triage intraospedaliero", "Osservazione Breve Intensiva - OBI", "Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" per l'implementazione a livello aziendale. Da gennaio 2023 in Regione è attivo il Triage a 5 colori".

connesse a fattori contestuali e ambientali. Una efficace assistenza territoriale presuppone la puntuale individuazione dei bisogni e la capacità di rispondere tempestivamente agli stessi, al fine di assicurare che le persone ricevano le cure necessarie senza dover affrontare lunghe attese o spostamenti, ed evitare l'accesso alle strutture di emergenza/urgenza per l'erogazione di prestazioni non rispondenti ai già menzionati canoni.

Pertanto, entrambi i settori, emergenza/urgenza e assistenza territoriale, devono operare in stretta sinergia, in quanto, mentre l'emergenza si occupa dei casi critici che necessitano di una risposta immediata, l'assistenza territoriale, mediante le attività di prevenzione e di gestione delle patologie prima che esse diventino acute, consente anche di prevenire le situazioni di emergenza. Un approccio integrato non solo migliora il benessere collettivo, ma rappresenta anche una risposta efficace in termini di sostenibilità economica e sociale del sistema sanitario nel suo complesso.

Al riguardo, con le menzionate deduzioni del 16 dicembre, come confermato anche nel corso dell'adunanza pubblica del 19 dicembre, è stato rappresentato che *“la programmazione regionale con il Piano Regionale di Prevenzione (DGR 1331/2021), il piano della rete territoriale (DGR 1329/2022), il piano della rete ospedaliera (DGR 1399/2023), le DGR di Organizzazione delle reti tempo-dipendenti, delle reti cliniche (ROR, Malattie Rare, Centro Regionale Sangue, Laboratori, Reumatologia, NPI.....), e i relativi PDTA nelle funzioni di coordinamento vedono sempre i servizi di programmazione sanitaria dei 3 livelli essenziali di assistenza: Prevenzione, Assistenza Territoriale e Assistenza Ospedaliera oltre che le Direzioni Sanitarie delle Aziende e i clinici di riferimento proprio per garantire percorsi integrati, appropriatezza di intervento per setting assistenziale e livello di intensità di cura e quindi sicurezza delle cure”* e che *“Nel Piano della Prevenzione che consta di 10 PP (Programmi Predefiniti) e 6 PL (programma Liberi) il PL13 inquadra il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale delle MCNT (Malattie Croniche Non Trasmissibili correlato al Piano Cronicità)”*³¹.

³¹ In merito è stato precisato che *“I percorsi diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) che in Umbria sono integrati con la parte di Prevenzione diventando PPDTA +R (Riabilitativi), sono stati pensati per contestualizzare a livello locale le linee guida: come strumento a supporto delle decisioni cliniche, tenendo conto di tutte le tappe del processo di assistenza, compreso il modello organizzativo e gli aspetti ad esso connessi. In Umbria sono molti i PDTA adottati nel corso del tempo e molti si stanno rivisitando nella logica della creazione di reti di servizi che si sta costruendo: • PDTA ICTUS • PDTA DIABETE ADULTO • PDTA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICO OSTRUTTIVA • PDTA SCOMPENSO CARDIACO • PDTA PRONTO SOCCORSO PER SOSPETTA TROMBOEMBOLIA POLMONARE • PDT PRONTO SOCCORSO DEL PAZIENTE CON DOLORE*

2.3 L'assistenza sanitaria territoriale

Secondo quanto riferito dall'Amministrazione, la stessa, al fine di tendere ad una sanità di iniziativa in linea con il principio cardine dell'assistenza proattiva, basata sulla strategia di intervento dirimente della differenziazione e della contestualizzazione dei percorsi assistenziali, in ottemperanza al DM n. 77/2022 ha intrapreso un modello finalizzato a rispondere su:

- le prese in carico degli *over 65*, con un *target* prestabilito per il 2022 di n. 14.297 assistiti, a fronte del quale è stato, invece, raggiunto il numero di 22.441. Al riguardo, la tendenza più che positiva del 2022 si è mantenuta sia per il 2023 che per il primo semestre del 2024. Una parte degli assistiti in parola, diversificati per tipologia, sono stati assunti in carico attraverso i PDTA ottimizzando gli accessi alle visite specialistiche e riducendo gli esami strumentali inappropriati, con conseguente miglioramento delle relative liste d'attesa;
- il piano operativo regionale, che prevede attività finalizzate ad utilizzare gli investimenti derivanti dal PNRR³²;
- l'infermiere di famiglia e di comunità. Questa è la figura di riferimento, assieme ai MMG³³ (medico di medicina generale) / PLS (pediatra di libera scelta), della concreta attuazione della forma proattiva di assistenza perché è in grado, previa frequenza di un apposito corso regionale di formazione improntato alla prevenzione e promozione della salute, di poter gestire meglio ed efficacemente le cronicità esistenti a livello territoriale, di intercettare preventivamente i bisogni sociosanitari, integrarli, sequenziarli e armonizzarli. Ciò al fine di mettere il paziente al centro del percorso di cura, evitandogli, per quanto possibile, accessi e ricoveri impropri, nonché il ricorso ad esami diagnostici inappropriati che costituisce una delle principali criticità del

TORACICO • PDTA INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO • PDTA TRAUMA MAGGIORE • PDTA PER FRATTURA DI FEMORE • PDTA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO • PDTA IN AMBITO RIABILITATIVO (paziente con artrosi trattato con artroprotesi, paziente con gravi cerebrolesioni e traumi cranici) Sono in corso di adozione • PDTA DIABETE NELLE VARIE FORME • PDTA DEMENZE E ALZHEIMER”.

³² Che per la Regione Umbria ammontano complessivamente, per questo settore, ad oltre 182,7 milioni di euro (per un maggior dettaglio si rimanda al “Monitoraggio sullo stato dei progetti finanziati con le risorse del Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR) assegnate alla Regione e agli Enti locali umbri 2024” in corso di predisposizione) di cui 41,3 milioni di euro da utilizzare per l'accrescimento delle convenzioni con organizzazioni pubbliche e private, per l'erogazione di cure domiciliari, con conseguente ampliamento delle prese in carico degli *over 65*. Per l'annualità 2024 (1° semestre) le prese in carico di tale fattispecie, da flusso informatico, sono pari a n. 21.354 a fronte di un *target* fissato per decreto pari a n. 21.276, con conseguente raggiungimento dell'obiettivo.

³³ In Umbria si registra il minor numero di assistiti per MMG in Italia: n. 1020.

sistema sanitario nazionale e regionale.

Per quanto attiene al cronoprogramma dell'attivazione delle strutture territoriali (CdC, OdC, COT) riportate dalla D.G.R. n. 1329/2022, si deve registrare, tuttavia, un lieve disallineamento e ritardo rispetto a quanto pianificato, anche con riferimento alle difficoltà assunzionali di personale medico e paramedico, alle quali, come rappresentato dall'Amministrazione, si sta cercando di porre rimedio anche lavorando, in co-progettazione, alla strutturazione dell'avviso pubblico per l'acquisizione di servizi. Ciò, secondo la Regione, è dovuto ai diversi programmi e a disallineamenti nelle tempistiche di realizzazione delle opere infrastrutturali. In particolare, per le CdC sembrerebbe non ancora attivata, rispetto a quanto programmato, solo quella di Bastia Umbra per la quale non si hanno al momento, come indicato al precedente paragrafo 2.2, ulteriori elementi d'informazione (la sua attivazione era prevista nel 2023).

Si evidenzia che la Regione ha avviato la predisposizione delle linee di indirizzo per le CdC e per le COT, non ancora definite, mentre quelle per gli OdC, già adottate, vengono periodicamente aggiornate.

Nelle more della completa attuazione del piano, la Direzione regionale competente ha dato indicazioni alle Aziende ospedaliere territoriali affinché sopperiscano anche prendendo in carico il paziente e gestendolo secondo i percorsi di medicina d'iniziativa e di prossimità, indipendentemente dal luogo di residenza, rafforzando in tal modo l'idea dell'individuazione di un nuovo modello organizzativo di sanità regionale.

Inoltre, la Regione, con la D.G.R. n. 153 del 15 febbraio 2023, ha approvato un accordo relativo al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale al fine di garantire il funzionamento del sistema mediante misure volte a fronteggiare le difficoltà del settore e ridurre l'impatto sulle attività e sulla sostenibilità del servizio sanitario regionale.

Tanto premesso per la situazione umbra, si rammenta che a livello nazionale, il numero di posti letto per mille abitanti è di 3,1, cifra che si riduce a 2,7 nelle Regioni meridionali, mentre la media europea è significativamente più alta, come si è potuto osservare anche durante la pandemia. Inoltre, la carenza di posti letto comporta anche una riduzione del personale medico e paramedico dedicato.

2.4 L'assistenza sanitaria di prossimità

Il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di*

assistenza” prevede che alle persone non autosufficienti ed in condizioni di fragilità con patologie in atto o, all’esito delle stesse, siano garantiti percorsi assistenziali a domicilio, costituiti dall’insieme organizzato di trattamenti medici riabilitativi, infermieristici e di aiuto necessari per stabilizzarne il quadro clinico, limitarne il declino funzionale e migliorarne la qualità della vita. Pertanto, le Aziende sanitarie locali sono chiamate anche ad assicurare la continuità assistenziale tra la fase ospedaliera e quella domiciliare. È proprio quest’ultimo ambito quello per il quale i suddetti pazienti vanno sostenuti, anche con prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, come prevede il D.P.C.M. del 14 febbraio 2021 recante *“Atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria”*. A tal fine i bisogni clinici, funzionali e sociali, vengono accertati preliminarmente attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la presa in carico del paziente e la definizione di un *“progetto di assistenza individuale”* (PAI) sociosanitario integrato.

In particolare, le prestazioni previste nell’ambito dell’assistenza domiciliare sono articolate in differenti livelli di intensità e di complessità assistenziale, individuati a seguito di una valutazione multidimensionale, effettuata da un’apposita Unità (UVM), che assicura la rivalutazione periodica dell’individuo e definisce i criteri di conclusione della presa in carico. Tale passaggio conduce alla formulazione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI), che talvolta può comprendere anche un Piano di Riabilitazione Individuale. Durante questa fase sono coinvolti gli specialisti di riferimento, secondo quanto definito nel PAI, e i servizi sociali affidano al MMG/PLS la responsabilità clinica del paziente.

Per classificare meglio l’intensità e la complessità assistenziale si ricorre ad una codificazione che utilizza il Sistema informativo assistenza domiciliare (SIAD), basata su un coefficiente di intensità assistenziale e su un indicatore risultante del rapporto tra le giornate effettive di assistenza e quelle di cura, relativamente al periodo di presa in carico. Tale procedura tende a identificare gli interventi di livello basico, che corrispondono a bisogni aventi bassa complessità e richiedono interventi poco frequenti, e gli altri che richiedono cure domiciliari classificate su quattro livelli (I, II, III e IV/cure palliative) per i quali sono previste una crescente intensità di accessi multi-professionalità e complessità di prestazioni.

L’assistenza sanitaria di prossimità rappresenta, pertanto, l’ambito nel quale meglio si misura il grado di efficienza delle iniziative ed attività messe in atto dalla Regione

Umbria in questo settore.

Sul punto, come desumibile da quanto di seguito illustrato, si rileva, allo stato attuale, l'adozione da parte delle due Aziende USL regionali di procedure in parte diverse, da cui consegue una non uniforme risoluzione delle criticità; al riguardo si dà, tuttavia, atto dell'avvio di percorsi di condivisione/integrazione.

L'**Azienda USL Umbria 1**, per quanto riguarda l'ADI offerta ai cittadini, in base alla delibera del D.G.R. n. 334 del 24 marzo 2015 "*Revisione del sistema delle cure domiciliari. Definizione percorsi aziendali*", si pone i seguenti obiettivi:

- garantire l'assistenza a persone aventi patologie trattabili a domicilio al fine di ridurre o evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o in altra struttura residenziale;
- assicurare la continuità assistenziale per coloro che sono dimessi dalle strutture sanitarie che necessitano di prosecuzione delle cure e personalizzazione dei piani di intervento;
- essere di supporto alla famiglia del paziente ed al singolo attraverso il trasferimento delle competenze necessarie per l'autonomia di intervento;
- favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- sviluppare una modalità di intervento incentrata sul lavoro di *equipe* al fine di realizzare l'effettiva integrazione degli interventi per la presa in carico;
- migliorare la qualità della vita anche in fase terminale.

I destinatari delle menzionate attività risultano essere:

- i soggetti in condizioni di non autosufficienza o di ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno sociosanitario;
- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità;
- le persone con patologie acute temporaneamente invalidanti, trattabili a domicilio;
- le persone in dimissione protetta da reparti ospedalieri o da strutture sanitarie residenziali;
- le persone con disabilità, pluri-patologie e patologie cronico-degenerative che ne limitano l'autonomia;
- i soggetti con patologie oncologiche e non in condizioni di terminalità (SLA, sclerosi multipla, AIDS, patologie cerebro-vascolari e del SNC – sistema nervoso centrale, scompenso cardiaco IV classe secondo NYHA – *New York Heart Association*,

patologie cardiovascolari, insufficienza respiratoria grave, ecc.);

- i soggetti che presentino un margine di recupero funzionale dopo un intervento indice (post acuzie) che abbia determinato o meno un ricovero, con patologie acute temporaneamente invalidanti o con riacutizzazione di malattie croniche.

In particolare, tale forma di assistenza spetta, per gli interventi sanitari, agli iscritti all'anagrafe assistibili dalla Azienda USL Umbria 1 e, per gli interventi sociosanitari di cui alla D.G.R. n. 1708/2009, ai residenti nel territorio di competenza dell'Azienda medesima, mentre non possono essere trattate né le persone prive di adeguati supporti familiari e senza rete di riferimento in grado di sostenere l'assistenza domiciliare, né le persone valutate dal Nucleo Operativo Territoriale (NOT) come non assistibili per problemi assistenziali e/o organizzativi non risolvibili a livello domiciliare. La presa in carico del paziente, stante la diversità, la complessità, l'intensità e la variabilità dei percorsi di cura e di assistenza, ha inizio con il MMG/PLS³⁴. Il MMG, una volta accertata la condizione di non autosufficienza certificata da attestazione medica e definita in maniera precisa e standardizzata mediante apposite scale di valutazione validate scientificamente, attiva il percorso. Il paziente, necessitando di **assistenza** esclusivamente **primaria** (assenza di condizioni patologiche ad alto rischio che non impongono il ricovero ospedaliero) e tenuto conto della complessità assistenziale nonché della necessità di permanere nel proprio domicilio - purché in condizioni abitabili o da essere tale con interventi di assistenza abitativa, vista la possibilità di avvalersi di una rete familiare o di una persona di riferimento - viene avviato all'iter³⁵, le cui fasi sono di seguito delineate:

- informazione strutturata, ogni operatore sia sanitario che sociale ha l'obbligo di fornire elementi d'informazione generale sul percorso di accesso alle cure domiciliari ed agli interventi sociosanitari secondo il proprio codice deontologico, attraverso il Punto unico di accesso (PUA)³⁶ che costituisce il fulcro organizzativo dell'intero percorso delle citate cure. Tale punto, facilmente identificabile e raggiungibile anche

³⁴ Con disponibilità dalle 8 alle 20. Per gli orari che esulano da questi interviene la guardia medica.

³⁵ Tale iter è anche quello seguito per l'accesso alle strutture territoriali di riabilitazione.

³⁶ Costituito da personale sulla cui formazione non abbiamo elementi di conoscenza.

telefonicamente, ma non telematicamente³⁷, fornisce elementi d'informazione sulle procedure di accesso e sull'erogazione delle cure domiciliari, sia all'utenza che agli operatori dei servizi sanitari e sociali. Elementi d'informazione più specifici previsti dal P.R.I.N.A. (Piano regionale integrato per non autosufficienza) sono garantiti dal Servizio sociale del Centro di salute (Cds) e dall'Ufficio di cittadinanza del Comune di residenza dell'utente. In caso di dimissione protetta è previsto che la comunicazione per l'attivazione dell'assistenza domiciliare debba pervenire al PUA almeno 48h prima della dimissione;

- richiesta di intervento, che si diversifica, per gli interventi sanitari, secondo due modalità, la prima attraverso il MMG/PLS, mediante compilazione di una apposita scheda di attivazione di intervento domiciliare da inviare ai PUA, e concomitante richiesta di autorizzazione sul portale di medicina generale (ECWMED) e, la seconda, attraverso l'Ospedale che, all'uscita del paziente, compila una scheda di dimissione protetta;
- ricezione e triage delle suddette richieste ed attivazione dell'intervento da parte dei PUA, che ogni distretto sanitario garantisce prendendo conseguentemente in carico il paziente. I PUA, oltre alle funzioni informative e di orientamento, indirizzano i pazienti alternativamente o verso il *triage*, che definisce un profilo monoprofessionale³⁸ o multiprofessionale³⁹/di accompagnamento a soluzioni alternative alla domiciliarità, o attivando direttamente un intervento monoprofessionale nella sede territorialmente competente oppure rivolgendosi ai nuclei di valutazione competenti per territorio in grado di effettuare una valutazione multidimensionale e di definire il *Piano assistenziale personalizzato* (PAP) nonché, qualora non fosse possibile ricorrere alle cure domiciliari, di indirizzare il

³⁷ E questa è una carenza che deriva anche dallo sviluppo, ancora incompiuto, del processo di digitalizzazione, la cui completa attuazione consentirebbe anche di interconnettere meglio le banche dati d'interesse.

³⁸ Per intervento monoprofessionale si intende l'intervento di personale afferente ad una singola disciplina clinica o assistenziale per il quale il PUA attiva il servizio infermieristico del Cds di riferimento che provvede all'assegnazione della prestazione/intervento all'infermiere dell'*equipe* o, alternativamente, al polo riabilitativo di riferimento che organizzerà l'intervento. Qualora l'intervento richiesto fosse di natura sociale il PUA attiva il locale Servizio sociale. Inoltre, il PUA, qualora l'intervento monoprofessionale si rivelasse non più sufficiente, attiva l'intervento multiprofessionale.

³⁹ Per intervento multiprofessionale/di accompagnamento a soluzioni alternative alla domiciliarità si intende l'intervento di più professionalità e/o l'attivazione di più tipologie di risposta assistenziali, la cui valutazione è effettuata da appositi nuclei competenti per territorio.

cittadino/famiglia verso soluzioni diverse dalla domiciliarità. Tale procedura può sfociare in uno dei seguenti due casi di eleggibilità alle cure domiciliari secondo la D.G.R. n. 1708/2009:

- *senza necessità di interventi sociosanitari*, per il quale il relativo piano per l'erogazione delle cure domiciliari - coinvolgendo il MMG/PLS dell'utente e concordando l'eventuale attivazione della ADI o dell'assistenza domiciliare a bambini con patologia cronica in funzione dell'età del paziente o, in alternativa, la sola ADP (Assistenza domiciliare protetta) - risulta più agevole;
- *con necessità di interventi sociosanitari*, per il quale - acquisita la valutazione medica dalla apposita unità a ciò preposta unitamente al MMG/PLS - attraverso l'assistente sociale competente viene elaborato un PAI/PAP, che rappresenta la proposta di intervento sociosanitario che sarà poi completato e integrato dall'UVM.

In caso di ineleggibilità alle cure domiciliari, il nucleo di valutazione distrettuale (composto dal medico del distretto sanitario, dall'assistente sociale di territorio e sanitaria, dallo specialista e dall'infermiere), coinvolgendo anche il MMG/PLS, indirizza verso soluzioni alternative alla domiciliarità portando il caso clinico e sociale all'esame della UVM che propone le eventuali soluzioni sociosanitarie quali, ad esempio, un eventuale ricovero presso una struttura residenziale extra-ospedaliera;

- gestione ed attuazione dell'intervento, che è in capo alla sede di erogazione territoriale di riferimento dell'utente. Se si tratta di un intervento multiprofessionale lo stesso sarà coordinato da un responsabile del caso (*case manager*)⁴⁰ in base al bisogno prevalente del paziente. L'attività erogata (accessi e prestazioni) sarà registrata da ciascun operatore nel sistema informatico denominato "Atl@nte"⁴¹. Il

⁴⁰ Il *case manager* è la figura professionale che, in collaborazione con il MMG/PLS, orienta e coordina gli interventi in base al PAP, verifica la fase operativa delle cure domiciliari integrate, costituisce il primo riferimento organizzativo per l'assistito/la famiglia/gli operatori dell'*equipe* assistenziale a tutela del paziente ed a garanzia del raggiungimento delle finalità assistenziali, della comunicazione tra i componenti dell'*equipe* e del raccordo funzionale per le prestazioni erogate ed, infine, promuove e partecipa alle riunioni del NOT e dell'UVM per la verifica e l'eventuale revisione dei PAP. Sulla sua formazione anche in questo caso non abbiamo elementi di conoscenza.

⁴¹ Sistema operativo (*software*) gestionale per il settore dei servizi sociosanitari. Questo modello di gestione dei servizi pone la salute e la qualità della vita della persona/utente al centro dei valori e degli obiettivi dell'organizzazione, ottimizzando i tempi di gestione dei processi. È un prodotto integralmente *web-based*,

MMG/PLS registra gli accessi nel portale della medicina generale (ECWMED) e, tramite un *software* di interfaccia, le informazioni immesse implementano il suddetto sistema "Atl@nte", consentendo al Cds territorialmente competente di seguire e controllare automaticamente il percorso assistenziale domiciliare;

- verifica – follow up e conclusione delle cure domiciliari, nei casi di presa in carico monoprofessionale, le verifiche sono effettuate dal professionista che effettua l'intervento; a tale momento, sulla base dell'esito del monitoraggio effettuato, potrebbe emergere la necessità di una valutazione multiprofessionale da attivare tramite PUA. Nei casi di presa in carico multiprofessionale, le verifiche, con eventuale ridefinizione del PAI, possono essere effettuate trimestralmente. L'episodio di cura domiciliare sarà considerato concluso in caso di risoluzione del problema assistenziale o in caso di trasferimento del paziente ad altro *setting* assistenziale, ovvero in caso di cambio di residenza o decesso dello stesso.

Il percorso di attivazione dell'**assistenza domiciliare**, essendo rivolto a pazienti che per le loro patologie/condizioni funzionali richiedono continuità assistenziale, non prevede liste d'attesa⁴².

Altre forme di intervento da parte dell'Azienda USL sono costituite dalle **cure palliative**⁴³, anche mediante accesso all'*hospice*. Infatti, dette cure, che connotano soprattutto l'ultima fase della vita, sono finalizzate non più alla sopravvivenza, ma a garantire, anche in tale momento, le migliori condizioni per il paziente e i suoi familiari e si caratterizzano per una rimodulazione dei trattamenti e degli interventi assistenziali in rapporto ai bisogni fisici, psicologici e spirituali della persona. Il relativo servizio si rivolge, quindi, al soggetto affetto da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie oppure le stesse sono risultate inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita,

registrato SIAE ed anche presso l'Ufficio brevetti e marchi dell'allora Ministero dello sviluppo economico ora Ministero dell'impres e del *made in Italy*.

⁴² In particolare, viene specificato che, secondo quanto previsto dalle relative linee guida, in caso di Dimissione Protetta, la segnalazione per l'attivazione delle cure domiciliari deve pervenire al PUA distrettuale almeno 48 ore prima della dimissione.

⁴³ Si definiscono cure palliative l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare tesi alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici (v. legge n. 38/2010).

offrendo prestazioni mediche, infermieristiche, fisioterapiche e psicologiche. Le cure palliative vengono garantite a livello:

- domiciliare⁴⁴ attraverso i relativi servizi territoriali. Possono accedere alle cure palliative domiciliari i residenti ed i domiciliati dell'Azienda USL Umbria 1. Anche in questo caso la comunicazione del bisogno può essere indirizzata al PUA del Cds di riferimento o del distretto sanitario competente da parte dei familiari dell'assistito, degli assistenti sociali, della UO che ha in cura il malato, nel caso di evidente evoluzione verso una fase terminale di qualsiasi malattia cronica ed evolutiva (oncologica, neurologica, cardiologica, infettiva, respiratoria, renale, internistica, ecc.) o da un MMG/PLS. È previsto che al primo accesso, tranne che per i casi urgenti, oltre al medico incaricato delle cure palliative, sarà presente anche il MMG/PLS che è comunque il responsabile clinico di dette cure e che dovrà garantire il proprio supporto in tutte le fasi del percorso secondo il PAI stabilito e coordinare le altre figure professionali, previa valutazione preliminare della rete socioassistenziale per la fattibilità e l'organizzazione della presa in carico domiciliare;
- residenziale sia presso l'*hospice*⁴⁵ di Perugia, che è la struttura dedicata con personale specificatamente formato, sia presso altre strutture residenziali per anziani o disabili (quali RSA-Residenza sanitaria assistita; RP-Residenza protetta, ecc.) in forma di consulenza da parte di personale specializzato. Possono usufruire di tale forma di assistenza sia i residenti nell'Azienda USL Umbria 1, sia i non residenti, previa autorizzazione al ricovero. L'accesso a tale struttura non è automatico, ma deve essere autorizzato da una specifica Unità di valutazione⁴⁶ a seguito di comunicazione proveniente dall'ospedale o dal domicilio. Nel primo caso l'ospedale invia all'*hospice* almeno 24-48h prima della dimissione la relativa scheda contenente le condizioni nelle quali versa il paziente per poterle confrontare con i requisiti richiesti per l'accesso e, qualora corrispondano, concede il ricovero, previa effettuazione di un colloquio preliminare con i familiari, condividendo il tutto con il MMG/PLS; in caso

⁴⁴ L'ambiente familiare rappresenta il luogo prioritario per gli interventi palliativi e da privilegiare, quando possibile, in quanto condizione, nella maggior parte dei casi, preferita dal malato e dal nucleo familiare.

⁴⁵ Residenza sociosanitaria per pazienti terminali.

⁴⁶ Composta dal medico responsabile dell'*hospice* o suo delegato, da una coordinatrice infermieristica o suo delegato, eventuale assistente sociale o psicologo.

contrario l'Unità di valutazione propone un percorso alternativo domiciliare o residenziale idoneo. Ad ogni modo il paziente viene inserito in una particolare lista d'attesa. Nel secondo caso (degenza domiciliare) sarà il MMG/PLS, qualora il paziente non sia assistito dalla UCP (Unità cure palliative)⁴⁷, a richiedere la consulenza per poter valutare, congiuntamente al medico preposto alle cure palliative, l'accesso all'*hospice*, previa effettuazione, anche in questo caso, di un colloquio con i familiari e collocamento in una particolare lista di attesa con priorità d'accesso rispetto al caso precedente.

In merito all'**assistenza protesica** ai disabili attraverso l'erogazione gratuita di protesi e di ausili volti a migliorarne le condizioni di vita e di salute, il servizio da parte della Azienda USL Umbria 1, oltre che dagli uffici amministrativi distrettuali, è garantito dal Centro ausili aziendale che ha la funzione di informare, fornire consulenza e supporto finalizzato ad indirizzare utenti, famiglie ed operatori sanitari verso la migliore soluzione tecnica e tecnologica atta a migliorare l'autonomia, la partecipazione e la qualità della vita delle persone con disabilità. I dispositivi erogabili, elencati nel nomenclatore tariffario approvato dal D.M. 27 agosto 1999, n. 332, sono riportati in Allegato "A". Il servizio in argomento offre anche elementi d'informazione a favore dei pazienti oncologici soggetti a cure chemioterapeutiche per un contributo, ad esempio, all'acquisto di parrucche⁴⁸ come da D.G.R. n. 272 del 26 marzo 2018 e D.G.R. n. 104 del 4 febbraio 2019 in attuazione dell'art. 10 della l. r. 28 dicembre 2017, n. 18. Il servizio, disciplinato dalla D.G.R. n. 1228/2023, che ha ridefinito i percorsi prescrittivi di ausili e protesi anche alla luce dei nuovi LEA di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, si rivolge essenzialmente a:

- gli invalidi civili, di guerra e per servizio, i privi della vista ed i sordomuti nonché i minori di diciotto anni che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e

⁴⁷ Composta da un medico responsabile con funzioni di coordinamento, tre posizioni organizzative infermieristiche, tre Direttori di distretto sanitario, un medico responsabile dell'*hospice*, il coordinatore infermieristico, due medici di medicina generale ed un pediatra di libera scelta, composizione che può essere integrata da Associazioni di volontariato, ONLUS, ecc. tramite specifiche convenzioni/protocolli d'intesa stipulati con l'Azienda USL Umbria 1, organismi che possono coadiuvare la persona malata ed i familiari in tutte le fasi. L'Unità svolge la funzione di coordinare tutti gli interventi palliativi al fine di garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno, l'avvio di un percorso di cure palliative, la tempestività della risposta e l'individuazione del percorso assistenziale appropriato, la continuità assistenziale (ospedale-domicilio-*hospice*), la qualità delle cure-anche attraverso i flussi informativi-ed il rispetto degli indicatori ministeriali.

⁴⁸ Spese confermate anche per gli anni successivi al 2021 con DD.GG.RR. n. 378/2022, n. 285/2023 e n. 468/2024.

- riabilitazione di una invalidità permanente;
- coloro che hanno presentato domanda di invalidità e sono in attesa di accertamento purché si trovino nelle condizioni di cui all'art. 1 della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua);
 - gli istanti in attesa di riconoscimento da parte dell'INPS ai quali, in seguito all'accertamento sanitario effettuato dalla Commissione medica dell'Azienda USL, sia stata riscontrata una menomazione che comporti una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo risultante dai verbali;
 - i soggetti laringectomizzati, ileo-colostomizzati e urostomizzati, i portatori di catetere permanente, gli affetti da incontinenza stabilizzata nonché gli affetti da patologia grave che obbliga all'allettamento, previa presentazione di certificazione medica;
 - i soggetti amputati di arto, le donne con malformazione congenita che comporti la mancanza di una o di entrambe le mammelle o della sola ghiandola mammaria ovvero che abbiano subito un intervento di mastectomia ed i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore dell'occhio, previa presentazione di certificazione medica;
 - i ricoverati in struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per i quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la contestuale necessità e urgenza dell'applicazione di una protesi, di una ortesi o di un ausilio prima della dimissione, ai fini dell'attivazione tempestiva o per la conduzione del progetto riabilitativo, a fronte di una menomazione grave e permanente. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere stata avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità;
 - i pazienti oncologici affetti da alopecia post-chemioterapica di cui si è accennato in precedenza.

L'Azienda USL Umbria 1 eroga altresì l'**assistenza integrativa** che consente l'accesso alla fornitura di dispositivi medici monouso come ausili per incontinenza, cateteri, materiali per stomizzati, presidi per diabetici e prodotti alimentari particolari per il cui ottenimento è necessaria specifica richiesta da parte del MMG/PLS al Cds di riferimento che la validerà digitalmente, rendendola disponibile telematicamente alle farmacie. Si riporta in Allegato "B" l'iter di richiesta e di autorizzazione da seguire.

Relativamente alle **prestazioni consultoriali** nei sei distretti sanitari aziendali, previste dalla legge n. 470/1975 e dall'art. 24 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante l'aggiornamento dei LEA, l'accesso è libero anche per gli Stranieri temporaneamente presenti (STP) e non regolarmente presenti, senza prescrizione medica ed a titolo gratuito, e al servizio possono accedere donne, uomini, giovani, coppie e famiglie. Peraltro, durante i percorsi è possibile accedere tempestivamente, secondo un'agenda, a determinati protocolli: percorso nascita-fase pre-concenzionale-gravidanza e puerperio, percorso Interruzione volontaria di gravidanza (IVG), accertamento certificazione e controlli post IVG, consultorio giovani, *screening* per la prevenzione del tumore della cervice uterina, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (MST), rieducazione pelvi perineali post-parto, prevenzione del disagio psico-emotivo, sostegno alla genitorialità e promozione alla sessualità ed all'affettività, ed altro. Per quanto riguarda le visite ginecologiche relative a prescrizioni per l'applicazione di metodi contraccettivi, visite ginecologiche di primo accesso, controlli ad un anno di distanza, *follow-up* oncologici, menopausa, ecc. queste soggiacciono ad una procedura che ne prevede l'accesso attraverso una chiamata al CUP, che ha uno specifico settore a ciò dedicato, senza partecipazione alla spesa. Tale Centro a distanza di non più di tre mesi concede l'appuntamento con il medico. I tempi di attesa indicati risentono della mancanza, anche in tale settore, di medici specializzati; l'esiguo numero di ginecologi deve, pertanto, garantire lo svolgimento di tutte le attività consultoriali alle quali va aggiunta l'attività ambulatoriale ostetrica per la quale, sempre tramite CUP, i tempi di attesa risultano di due mesi per le prestazioni ambulatoriali e di uno/due mesi per la visita clinica. Anche per l'attività specialistica ambulatoriale per disfunzioni genito-urinarie femminili i tempi sono nell'ordine di due/quattro mesi. Nel consultorio operano, oltre ai medici ginecologi, le ostetriche, gli assistenti sociali, gli assistenti sanitari, gli infermieri e gli psicologi.

Un altro ambito di assistenza, peraltro in notevole espansione, riguarda l'**assistenza psichiatrica** e la salute mentale. Il Dipartimento appositamente istituito presso l'Azienda USL Umbria 1 ha il compito di promuoverla e tutelarla offrendo una vasta gamma diversificata di servizi, la continuità terapeutica e la collaborazione a pazienti ed alle loro famiglie, integrando tale branca con la medicina generale e coinvolgendo attivamente la comunità locale in particolare per i percorsi di inclusione sociale, scolastica e lavorativa. In Allegato "C" è riportata l'organizzazione dello specifico settore.

Per i minori è previsto il servizio di neuropsichiatria e di psicologia dell'età evolutiva che si rivolge soprattutto ai soggetti in età compresa tra 0 e 14 anni che presentano i seguenti disturbi: dello spettro autistico e dei disturbi psicotici, della personalità, del comportamento, collegati a sfavorevoli condizioni ambientali (disturbi post-traumatici, condizioni di abuso e di maltrattamento, ecc.), delle emozioni e degli affetti (disturbi d'ansia, depressione, ecc.), risalenti a difficoltà psicologiche transitorie (crisi evolutive, reazioni ad eventi della vita, ecc.), mentre per coloro che si trovano nella fascia 15-18 anni il servizio è invece erogato dal Centro di salute mentale. Il servizio fornisce trattamenti di carattere psicologico, socioriabilitativo e medico-farmacologico compreso il monitoraggio clinico e lavoristico per ridurre il rischio di morte, stabilizzare le condizioni della persona e prevenire un ulteriore deterioramento, ridurre il livello di gravità dei problemi, produrre la remissione del sintomo e realizzare il ritorno alle condizioni di normalità. In Allegato "D" la descrizione della relativa offerta e le modalità di accesso al servizio.

Sempre nel contesto giovanile l'Azienda si è anche dotata di un servizio di **assistenza alle dipendenze** (SerD) che si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti con dipendenza patologica da sostanze illecite (eroina, cocaina, THC-Tetraidrocannabinolo, metanfetamine, ecc.) e/o lecite (tabacco, alcool, psicofarmaci, ecc.) e da comportamenti di abuso (gioco d'azzardo, ecc.). Nel servizio operano *equipe* multidisciplinari composte da personale specializzato (medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale). L'accesso alle prestazioni è generalmente gratuito (esente da *ticket*) e diretto senza passaggio per il CUP. Per la presa in carico di nuovi utenti non ci sono liste di attesa e può anche essere individuato un progetto di cura personalizzato con inserimento degli utenti in strutture residenziali o semiresidenziali. Talvolta è necessaria una richiesta motivata da parte della direzione del distretto sanitario competente, da discutere eventualmente in UVM, che autorizzi la spesa, garantendo comunque l'anonimato e la riservatezza. La richiesta, per poter essere valutata efficacemente, deve riportare l'età del paziente, l'eventuale partecipazione con esiti ad altri programmi rieducativi in strutture residenziali o semiresidenziali, la gravità della condizione clinica indotta dalle sostanze alle quali è avvezzo il paziente e l'eventuale presenza di comorbilità psichiatrica, da condividere anche con il servizio della salute mentale, elementi necessari per assicurare che la risposta, elaborata dal servizio di concerto con la struttura ricevente, sia adeguata al bisogno manifestato.

L'assenza di liste di attesa evidenzia che tutti i soggetti che ne hanno fatto richiesta si trovano già in una struttura o sono in procinto di iniziare il programma individuato, ovvero di essere trasferiti altrove per proseguire l'iter con la misura alternativa individuata. Tuttavia, per alcune attività si rende necessaria la prenotazione tramite CUP e il pagamento del *ticket*⁴⁹. Le norme di riferimento per lo svolgimento di tale servizio, segnatamente art. 28 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, sono riportate in Allegato "E".

Per quanto riguarda l'accesso alle **strutture residenziali e semiresidenziali destinate ad anziani non autosufficienti** che usufruiscono della quota di finanziamento a carico del SSN, secondo le modalità seguite nell'ambito dell'Azienda USL Umbria 1, la richiesta⁵⁰, redatta secondo uno specifico modulo dal soggetto o da un suo familiare/tutore/amministratore di sostegno, viene inoltrata al servizio sociale dell'Azienda USL per poi essere valutata dalla UVM competente (geriatrica, minori, disabili adulti, casi complessi per salute mentale e dipendenze, ecc.) che coinvolge i servizi che hanno in carico il paziente. Al termine della valutazione dell'UVM - eseguita a domicilio e parametrata secondo determinate scale valutative - sulla base del punteggio conseguito quale sommatoria di due valori (socioassistenziale e clinico-funzionale), il paziente viene inserito in lista di attesa per l'accesso alle strutture, la cui mappatura regionale con annesse capacità ricettive è riportata in Allegato "F".

L'**Azienda USL Umbria 2**, per quanto riguarda l'**ADI** offerta ai cittadini, in base alla delibera del DG n. 334 del 24 marzo 2015 "*Revisione del sistema delle cure domiciliari. Definizione percorsi aziendali*", fornisce prestazioni mediche, specialistiche e sociosanitarie per la cura del malato nella propria abitazione evitando ricoveri in ospedale o in altre istituzioni. Per ciascun soggetto che necessita di cure domiciliari viene definito un Piano individuale di assistenza integrata. Tale servizio si rivolge a pazienti:

- non deambulanti per patologie croniche o acute temporaneamente invalidanti;
- non auto sufficienti in dimissione protetta;

⁴⁹ *Ticket* comunque elevati. Giova ricordare che i ricavi da *ticket pro capite*/abitante a livello regionale nel 2021 erano pari a 17 euro, in riduzione di 6 euro rispetto al valore del 2019 (23 euro). Nel triennio 2020-2022 il valore più elevato (molto sopra la media) si rileva per lo più nelle Regioni del Centro-nord, tra le quali l'Umbria si colloca al 7° posto.

⁵⁰ Per i disabili adulti ed i minori, oltre alla richiesta, è necessaria una valutazione SVAMDI (Scheda per la valutazione multidimensionale delle persone con disabilità) in sede di UVM. Il collocamento nella lista d'attesa tiene conto della data di protocollo dell'istanza.

- in fase terminale;
- con problematiche socioassistenziali.

In **assistenza domiciliare** è possibile ricevere, secondo il piano terapeutico individuale, prestazioni infermieristiche (medicazioni per piaghe da decubito, ferite chirurgiche, terapia infusionale, controllo stomie, prelievi ematici, ecc.). Il MMG/PLS, nei casi in cui lo ritenga opportuno, attiva *online* il Cds di appartenenza dell'assistito per l'avvio dell'assistenza domiciliare, al quale seguirà il contatto diretto tra l'interessato e il Centro per la definizione delle modalità organizzative di intervento a domicilio. L'effettuazione di visite specialistiche domiciliari, anche con alcuni esami strumentali, avviene tramite fissazione di appuntamento presso il citato Centro previa richiesta del MMG/PLS. Non si generano liste di attesa perché la presa in carico è immediata.

Per quanto riguarda le **cure palliative**, quali insieme degli interventi rivolti alla persona malata, di qualsiasi età, che non risponde più alle terapie attive e mirate al trattamento dei bisogni fisici, sociali e spirituali per un supporto globale al malato e alla sua famiglia, le stesse vengono erogate da *equipe* multidisciplinari di medici, infermieri, operatori sociosanitari, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, volontari ed assistenti spirituali. Le cure palliative sono rivolte ai pazienti con malattie oncologiche in fase avanzata o con malattie non oncologiche cronico degenerative (cirrosi HCV-relata, AIDS, SLA, stati post-ictus, BPCO, insufficienza renale cronica, scompenso cardiaco, ecc.), con l'obiettivo di garantire la migliore qualità di vita possibile nel rispetto dell'autonomia, dignità e integrità della persona. L'accesso alle cure in parola è attivato dal MMG o PLS, anche su richiesta del paziente o di un suo familiare, attraverso l'invio *on-line* della scheda ADI al responsabile del Cds di appartenenza. Le cure possono essere svolte alternativamente in ospedale, quando si necessita di consulenza medica palliativa, a domicilio, quando le condizioni fisiche e psicologiche lo permettano, l'ambiente abitativo sia idoneo e la famiglia sia collaborativa, oppure in *hospice*, ossia in una struttura residenziale che costituisce parte integrante della rete delle cure palliative particolarmente indicata ad accogliere malati complessi non gestibili a domicilio. L'accesso agli *hospice* è limitato ai pazienti per i quali sia stato attivato il servizio di cure palliative, su segnalazione del MMG o del Presidio ospedaliero.

Per quanto concerne l'**assistenza riabilitativa** domiciliare, per l'attivazione della stessa, è sufficiente la richiesta del medico fisiatra aziendale al servizio riabilitazione territoriale distrettuale competente. Non ci sono liste d'attesa al riguardo, in quanto la presa in

carico è immediata.

Per l'accesso alle strutture territoriali di riabilitazione sono adottati gli stessi criteri di prenotazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

In merito all'**assistenza protesica** a favore dei cittadini disabili attraverso l'erogazione gratuita di protesi e di ausili volti a migliorare le condizioni di vita e di salute, il servizio erogato dalla Azienda USL Umbria 2 - sovrapponibile a quello già esposto per la Azienda USL Umbria 1⁵¹ e rivolto alle medesime categorie di soggetti - offre, inoltre, elementi d'informazione a favore dei pazienti oncologici soggetti a cure chemioterapeutiche al fine dell'ottenimento di un contributo, ad esempio, all'acquisto di parrucche come detto in precedenza per la Azienda USL Umbria 1.

Le richieste di ausili debbono essere inoltrate, anche per e-mail, allo sportello del distretto sanitario di appartenenza dall'assistito o da persona diversa da questi purché munita di proprio documento di riconoscimento e di quello del destinatario dell'ausilio. La riparazione/sostituzione di quest'ultimo avviene tramite richieste e-mail da parte dell'utente o da suo rappresentante da indirizzare al citato distretto sanitario contenente le caratteristiche dell'ausilio e le generalità dell'assistito. Anche per il ritiro è sufficiente una e-mail da parte dell'utente o di un suo rappresentante comunicando sempre i soliti elementi identificativi. Infine, per il collaudo degli ausili, una volta disponibili presso il distretto sanitario, sarà cura di quest'ultimo convocare l'utente per la consegna anche senza collaudo.

Si rinvia, inoltre, a quanto già esposto con riguardo alla Azienda USL Umbria 1 anche per le prestazioni di **assistenza integrativa**⁵², **consultoriali**⁵³ e di **assistenza alle**

⁵¹ In particolare, il servizio in questione, oltre che dagli uffici amministrativi distrettuali, è garantito dal Centro ausili aziendale che ha la funzione di informare, fornire consulenza e supporto finalizzato ad indirizzare utenti, famiglie ed operatori sanitari verso la migliore soluzione tecnica e tecnologica atta a migliorare l'autonomia, la partecipazione e la qualità della vita delle persone con disabilità. I dispositivi fornibili, elencati nel nomenclatore tariffario approvato dal D.M. 27 agosto 1999, n. 332, sono riportati nel citato Allegato "A".

⁵² Per l'assistenza integrativa, è indicato che il servizio consente l'accesso alla fornitura di dispositivi medici monouso come ausili per incontinenza, cateteri, materiali per stomizzati, presidi per diabetici e prodotti alimentari particolari per il cui ottenimento occorre che il MMG/PLS faccia specifica richiesta al Cds di riferimento che la validerà digitalmente rendendola disponibile telematicamente alle farmacie. Nel citato Allegato "B" è riportato l'elenco dei materiali disponibili.

⁵³ Per le prestazioni consultoriali, previste dalla legge n. 470/1975 e dall'art. 24 del già citato D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante l'aggiornamento dei LEA è stato indicato che l'accesso alle stesse è libero, anche per STP (Stranieri temporaneamente presenti) e non regolarmente presenti, senza prescrizione medica ed è a titolo gratuito; servizio al quale possono accedere donne, uomini, giovani, coppie e famiglie. Peraltro durante i percorsi è possibile accedere tempestivamente secondo un'agenda a determinati protocolli:

dipendenze (SerD)⁵⁴, per le quali ultime è stato precisato che il servizio offerto dall’Azienda in esame fornisce trattamenti di carattere psicologico, socioriabilitativo e medico-farmacologico compreso il monitoraggio clinico e lavoristico per ridurre il rischio di morte, stabilizzare le condizioni della persona e prevenire ulteriore deterioramento, ridurre il livello di gravità dei problemi di salute, produrre la remissione del sintomo e realizzare il ritorno alle condizioni di normalità.

Per l’**assistenza psichiatrica** e la salute mentale, ambito in notevole espansione, come già indicato per la Azienda USL Umbria 1, il Dipartimento appositamente istituito presso l’Azienda in argomento ha il compito di promuoverla e tutelarla offrendo una vasta gamma diversificata di servizi, la continuità terapeutica e la collaborazione a pazienti e famiglie, anche attraverso l’integrazione con la medicina generale e il coinvolgimento della comunità locale per i percorsi di inclusione sociale, scolastica e lavorativa. In particolare, il Centro di salute mentale è una struttura dedicata alle visite psichiatriche ambulatoriali e si inserisce nel circuito delle c.d. *cure primarie*, coordinate dal MMG/PLS, ed eroga le seguenti prestazioni: visite ambulatoriali specialistiche, programmi di assistenza domiciliare con visite a domicilio, distribuzione farmaci, ambulatorio psichiatrico di collegamento con i MMG/PLS per una valutazione clinica immediata, inserimento in comunità terapeutiche di tipo residenziale con ospitalità a medio/lungo termine, programmi e progetti di reinserimento sociale e lavorativo, consulenze presso i PS e i reparti di degenza dei presidi sanitari di riferimento⁵⁵,

percorso nascita-fase pre-concenzionale-gravidanza e puerperio, percorso IVG-accertamento certificazione e controlli post IVG, consultorio giovani, *screening* per la prevenzione del tumore della cervice uterina-offerta attiva, prevenzione delle MST, rieducazione pelvi perineali post-parto, prevenzione del disagio psico-emotivo, sostegno alla genitorialità e promozione alla sessualità ed all’affettività, ecc... Per quanto riguarda le visite ginecologiche relative a prescrizioni per l’applicazione di metodi contraccettivi, visite ginecologiche di primo accesso, controlli ad un anno di distanza, *follow-up* oncologici, menopausa, ecc. queste soggiacciono ad una procedura che ne prevede l’accesso attraverso una chiamata al CUP, che ha uno specifico settore a ciò dedicato, senza partecipazione alla spesa. Tale Centro a distanza di non più di tre mesi concede l’appuntamento. I tempi di attesa sono tali in quanto anche questo settore soffre dell’assenza di medici specializzati; l’esiguo numero di ginecologi deve pertanto garantire lo svolgimento di tutte queste attività consultoriali alle quali va abbinata l’attività ambulatoriale ostetrica per la quale, sempre tramite CUP, i tempi di attesa ammontano a due mesi per le prestazioni ambulatoriali ed uno/due mesi per la visita clinica. Anche per l’attività specialistica ambulatoriale per disfunzioni genito-urinarie femminili i tempi sono dell’ordine di due/quattro mesi. Nel consultorio operano, oltre ai medici ginecologi, le ostetriche, gli assistenti sociali, gli assistenti sanitari, gli infermieri e gli psicologi.

⁵⁴ Risulta, in particolare, che l’Azienda USL Umbria 2 si sia dotata di un servizio di assistenza alle dipendenze (SerD) secondo modalità, tempi, procedure e previsioni riportate per l’Azienda USL Umbria 1.

⁵⁵ Nel folignate tale attività è svolta da dirigenti medici operanti presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

consulenze specialistiche con valutazione clinica presso le strutture residenziali per anziani e disabili, attività clinica e preventiva per famiglie con difficoltà legate all'età evolutiva, consulenza e raccordo con gli istituti scolastici ed altro.

Per la neuropsichiatria infantile e adolescenziale la struttura complessa, appositamente istituita presso l'Azienda USL Umbria 2, è un servizio sanitario multidisciplinare che espleta le sue funzioni nell'accoglienza e presa in carico dell'utenza - della fascia di età 0-18 - affetta da disturbi neuropsichici, in età evolutiva, per i distretti sanitari di Foligno, Spoleto/Valnerina, Terni, Narni-Amelia e Orvieto in termini di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione da disturbi neurologici, neuropsichiatrici, neuropsicologici e psicopatologici. La struttura svolge diagnosi cliniche e funzionali dei disturbi e delle malattie neuropsichiche nei seguenti ambiti: area dello sviluppo cognitivo, dell'apprendimento, della comunicazione e del linguaggio, area dell'organizzazione motoria e posturale, area dell'affettività e della relazione ed area dell'integrazione e dell'inclusione sociale; altre aree d'intervento riguardano gli ambiti giudiziari e quelli di collaborazione con i servizi sociali degli Enti locali. Gli interventi specialistici erogati comprendono le prestazioni di accoglienza, valutazione diagnostica e funzionale, terapia riabilitativa individuale e di gruppo (logopedia, ecc.), psicoterapia individuale e di gruppo, terapia farmacologica, *consueling*, consulenza alle famiglie, alle scuole, segretariato sociale e promozione e tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Nel citato Allegato "D" la descrizione della relativa offerta e le modalità di accesso al servizio.

Per quanto riguarda l'**assistenza residenziale e semiresidenziale** questa assume le seguenti forme:

- assistenza per anziani non autosufficienti, che può avere luogo presso strutture residenziali che offrono ospitalità, prestazioni sanitarie ed assistenziali, previa valutazione da parte di un apposito nucleo riferita sia l'età che allo stato di salute dell'anziano, nonché al suo grado di autonomia, alla situazione abitativa e socio-familiare, finalizzata all'inserimento del soggetto in apposito elenco per l'accesso alla prestazione (lista) che può essere derogato in caso di accertata urgenza;
- assistenza semiresidenziale, una forma alternativa e di più recente istituzione di assistenza agli anziani. I centri a ciò predisposti fanno parte della rete delle cure intermedie territoriali che accolgono anziani affetti da debito cognitivo, disturbi comportamentali, ovvero altre problematiche di salute, che ne determinano la non

autosufficienza. Il centro è un servizio sociosanitario che svolge un ruolo di sostegno sia a favore della persona anziana, con l'intento di migliorarne la funzionalità e l'orientamento spazio-temporale, sia della famiglia di provenienza, consentendo al tempo stesso all'anziano di non allontanarsi dal proprio ambito familiare e sociale. Si tratta di una forma di assistenza ad elevata domanda alla quale non corrisponde una adeguata offerta e, pertanto, le istanze del MMG, inoltrate al CdS di riferimento, alle quali seguono le valutazioni da parte dell'*equipe* del Cds e dell'unità a ciò preposta, sono collocate in una lista d'attesa;

- assistenza residenziale, che è rivolta a cittadini non autosufficienti o parzialmente autosufficienti che sono ospitati in strutture con differenti livelli di specializzazione. In particolare, le stesse si articolano in RSA, che ospitano pazienti cronici non autosufficienti, non assistibili a domicilio e con necessità di elevata tutela sanitaria, in RP, che ospitano pazienti cronici non autosufficienti, non assistibili a domicilio, a bassa tutela sanitaria, e in *hospice* che ospita persone non assistibili presso il proprio domicilio ed in fase avanzata/terminale di una malattia ad andamento irreversibile, non più suscettibile di trattamenti finalizzati alla guarigione o al contenimento della progressione della malattia. Tale tipologia è in grado di fornire assistenza medica, riabilitativa, infermieristica ed alberghiera in funzione della natura del bisogno assistenziale dell'utente. Le strutture, alle quali si accede su segnalazione del Cds di riferimento da parte del MMG o del presidio ospedaliero a seguito di dimissione protetta, possono avere sia natura pubblica (direttamente riferibili all'Azienda USL), sia natura privata in regime di convenzionamento;
- particolare tipologia di assistenza residenziale e semiresidenziale per minori, disabili, malati mentali, soggetti a dipendenze alla quale si accede immediatamente, senza lista di attesa, anche prima della valutazione multidisciplinare a cura della UVM distrettuale di competenza.

Con riguardo alle prestazioni sanitarie offerte dalla Azienda ASL Umbria 2 nel corso del contraddittorio orale del 19 dicembre è stato, altresì, riferito l'avvio di importanti attività in materia di medicina di iniziativa con la presenza di specialisti ambulatoriali nelle aree terremotate (area della Valnerina) e nei comuni con minore capacità e densità di popolazione, dove i cittadini vivono in condizioni di disagio, al fine di fornire agli stessi i servizi sanitari direttamente in loco, modalità operativa che dovrebbe entrare in esercizio a breve.

Per la mappatura regionale con annesse capacità ricettive di entrambe le Aziende USL si rinvia al citato Allegato "F".

Nell'ambito dell'**assistenza sanitaria di prossimità** assicurata dalle Aziende del SSR, occorre altresì evidenziare che le prestazioni vengono erogate agli stranieri temporaneamente presenti (STP) indigenti e non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno in Italia, il cui costo è rimborsato alle Aziende a valere sulle seguenti linee di finanziamento:

- 1) nella prima rientrano le prestazioni sanitarie riferite alla tutela della gravidanza e della maternità, alla tutela della salute del minore, agli interventi di profilassi internazionale, alle malattie infettive, alle vaccinazioni. Per tali prestazioni, fino al 2018 esisteva un fondo nazionale dedicato (quota vincolata per stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno) pari ad euro 30.990.000,00 che veniva annualmente assegnato dal Ministero competente a ciascuna Regione. Il riparto si basava sulla stima degli stranieri presenti sul territorio di ciascuna Regione e sulla base della spesa sostenuta per i ricoveri delle donne di età compresa tra gli 11 e i 55 anni con codice STP e con MDC 14 (gravidanza, parto e puerperio). Di seguito la quota assegnata alla Regione Umbria per gli anni 2017-2018:

Tabella 3 - Fondo prestazioni erogate agli stranieri - 2017-2017

Anno	Importo in euro	% del fondo nazionale pari a 30,99 mln
2017	846.873	2,7
2018	873.692	2,8

Fonte Regione Umbria

A decorrere dall'anno 2019 la quota vincolata pari a 30,99 milioni di euro è confluita nella quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale standard, ed è quindi ripartita tra le Regioni secondo i criteri e le modalità previsti per il riparto del FSN, unitamente al resto del finanziamento;

- 2) nella seconda linea di finanziamento rientrano, invece, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali (comma 6, art. 35 del D. Lgs. n. 286/1998): fino all'anno 2016 venivano rimborsate dal Ministero dell'Interno, per il tramite delle Prefetture-UTG, a seguito di specifica richiesta delle Aziende sanitarie nella quale veniva indicata il tipo di prestazione erogata, la diagnosi e la somma da rimborsare.

Il D.L. n. 50/2017, convertito con modificazioni in L. n. 96/2017, ha disposto che le competenze relative al finanziamento di tali prestazioni, prima attribuite al Ministero dell'Interno, fossero trasferite al Ministero della salute, con decorrenza dal 1° gennaio 2017. Le risorse sono attribuite alle Regioni sulla base dei flussi informativi dell'NSIS (Nuovo sistema informativo sanitario).

Si riporta di seguito la tabella riepilogativa dei finanziamenti erogati alla Regione Umbria a partire dall'anno 2017:

Tabella 4 – Finanziamenti prestazioni erogate agli stranieri 2018-2021

Anno	Importo
2017	1.106.499,51
2018	948.757,50
2019	732.694, 28
2020	862.835, 84
2021	735.185,05
2022	880.560,88
2023*	880.560,88

*per l'anno 2023 è stato comunicato dal Ministero della salute un acconto pari all'importo effettivo dell'anno 2022, che verrà successivamente conguagliato.

Fonte Regione Umbria

Negli elementi di risposta forniti dalla Regione non sono state allegate informazioni riferite ai c.d *caregiver*; tuttavia, risulta che la Regione con la D.G.R. n. 1102 del 10 novembre 2021 ha istituito un fondo finalizzato al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolto dal *caregiver* familiare.

Al riguardo, l'Amministrazione, nel rammentare le disposizioni normative di istituzione e finanziamento del *Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare* (l. n. 205/2017 e l. n. 178/2020), ha fatto presente che alla Regione Umbria, con DPCM del 30 novembre 2023 "sono state assegnate risorse finanziarie complessive pari ad € 441.308,00, alle quali si aggiungono risorse, in termini di valorizzazione con risorse umane e/o con beni e servizi, da parte della Regione, per un ammontare € 44.130,80 quale cofinanziamento del 10% delle citate risorse finanziarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 3, comma 2 del Decreto medesimo" ed ha indicato gli atti deliberativi attraverso i quali si è dipanata la programmazione attuativa regionale, attuata sulla base delle predette norme e previa

consultazione dei Comuni capofila di Zona sociale/Unione dei comuni del Trasimeno⁵⁶.

2.5 Le liste di attesa

Le **liste d'attesa** nel sistema sanitario rappresentano, sia a livello nazionale che regionale, una problematica complessa strettamente correlata a quella delle disuguaglianze nell'accesso alle cure. Esse si formano spesso a causa di risorse limitate, di una pianificazione inadeguata e, in alcuni casi, anche di una domanda di servizi sanitari superiore all'offerta disponibile. L'attesa per interventi chirurgici o visite specialistiche può avere ripercussioni significative sulla salute dei pazienti, aggravando le condizioni preesistenti e causando ansia e stress. Il fenomeno non è uniforme e varia a seconda delle Regioni, con alcune aree che affrontano attese di mesi o addirittura di anni. In risposta, molte autorità sanitarie stanno implementando strategie per ridurre i tempi d'attesa, come l'ottimizzazione dei percorsi clinici e il potenziamento della medicina territoriale. È fondamentale, però, trovare un equilibrio tra efficienza e qualità delle cure, affinché nessuno rimanga indietro nel ricevere assistenza.

Il tema delle liste d'attesa non è, quindi, solo una questione gestionale, ma assume primario rilievo anche in ordine alla definizione delle priorità e dei valori etico-sociali, e richiede, pertanto, la sollecita adozione di adeguate misure al fine di assicurare la

⁵⁶ Trattasi di:

- DGR n. 230 del 24/03/2021 "DPCM del 27 ottobre 2020, recante i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020 ex legge 27 dicembre 2017, n. 205. Approvazione Piano di massima."
- DGR n. 1102 del 10/11/2021 "DPCM del 27 ottobre 2020, recante i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020 ex legge 27 dicembre 2017, n. 205 e Legge di bilancio n. 178/2020. Determinazioni."
- DGR n. 965 del 21/09/2022 "DPCM del 28 dicembre 2021, recante i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per l'anno 2021 ex legge 27 dicembre 2017, n. 205. Approvazione Piano di massima."
- DGR n. 1201 del 16/11/2022 "DPCM del 28 dicembre 2021, recante i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per l'anno 2021 ex legge 27 dicembre 2017, n. 205. Determinazioni."
- DGR n. 147 del 15/02/2023 "DPCM del 17 ottobre 2022, recante i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per l'anno 2022 ex legge 27 dicembre 2017, n. 205. Approvazione Piano di massima."
- DGR n. 1125 del 31/10/2023 "DPCM del 17 ottobre 2022, recante i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per l'anno 2022 ex legge 27 dicembre 2017, n. 205. Determinazioni."
- DGR n. 208 del 13/03/2024 "DPCM del 30 novembre 2023, recante i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per l'anno 2023 ex legge 27 dicembre 2017, n. 205. Approvazione Piano di massima"
- DGR n. 1038 del 20/09/2024 "DPCM del 30 novembre 2023, recante i criteri e le modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per l'anno 2023 ex legge 27 dicembre 2017, n. 205. Determinazioni".

tempestiva erogazione delle prestazioni e, con ciò, una effettiva tutela del diritto alla salute.

La Regione Umbria ha delineato una strategia per la gestione delle liste di attesa con D.G.R. n. 437 del 26 aprile 2023, avente ad oggetto “*Piano operativo straordinario di recupero delle liste di attesa e recepimento dell’accordo ai sensi dell’articolo 4 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 il governo del percorso del paziente chirurgico programmato»*», sancito dalla Conferenza permanente Stato-Regioni nella seduta del 9 luglio 2020”.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, fermo restando quanto già previsto dalla D.G.R. n. 472/2022 (con la quale è stato approvato il piano regionale di gestione delle liste di attesa per il triennio 2022-2025) sono state individuate quattro principali linee d’azione:

- provvedere a garantire un’offerta adeguata ed appropriata;
- aumentare l’appropriatezza delle prescrizioni attraverso la verifica degli specialisti e con interventi di *governance*;
- evadere tutte le prestazioni inserite allo stato nei Percorsi di Tutela (PdT);
- gestire e monitorare le azioni previste dal piano straordinario da parte della *Task force* regionale appositamente costituita per la gestione delle liste di attesa.

Per quanto riguarda quelle **chirurgiche**, con la richiamata D.G.R. n. 437/2023 la Regione ha recepito l’accordo sul documento “*Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato*”, sancito con l’Intesa (atto n. 100/CSR, parte integrante della deliberazione stessa).

In tale ambito sono state individuate le azioni volte a definire una *governance* regionale del percorso programmato del paziente chirurgico, in attuazione degli indirizzi ministeriali che si prefiggono l’obiettivo di rendere più efficienti i blocchi operatori degli ospedali regionali mediante: la riduzione dei costi e l’incremento della sicurezza per i pazienti e gli operatori, garantendo altresì un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini a tale percorso. Ciò attraverso la definizione di indicatori da utilizzare per la valutazione della *performance* ospedaliera, nonché delle attività, dei ruoli, dei tempi, delle responsabilità, degli elementi di rischio e degli strumenti di lavoro per organizzare e definire meglio il percorso del paziente chirurgico dal momento dell’indicazione chirurgica, all’accesso in ospedale, al trattamento chirurgico, fino alle dimissioni.

Al fine di dare piena attuazione alle indicazioni ministeriali per l'ottimizzazione del percorso programmato del paziente chirurgico e con l'obiettivo conseguente di evitare e ridurre il fenomeno delle liste d'attesa chirurgiche, la Regione, con la citata D.G.R. n. 437/2023, ha previsto di adottare proprie linee di indirizzo per il governo del percorso programmato del paziente chirurgico, per la successiva implementazione nelle strutture presenti in Umbria. A tale fine sono stati costituiti Gruppi di lavoro per la redazione delle linee di indirizzo per il regolamento della sala operatorie e per l'attribuzione delle classi di priorità e di complessità dei ricoveri chirurgici⁵⁷, con il mandato di provvedere entro il 31 dicembre 2023. Con D.G.R. n. 1406 del 28 dicembre 2023 la Giunta ha approvato il Documento contenente le "Linee guida regionali per il regolamento di sala operatoria".

L'Amministrazione regionale ha inoltre riferito che:

- in riscontro alle richieste del Ministero della salute, è stato redatto ed inviato il 31 luglio 2023 il piano operativo regionale di aggiornamento delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di *screening*, nel quale sono stati dettagliati gli interventi di recupero per quelle di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri chirurgici secondo le indicazioni ministeriali, fatta eccezione delle prestazioni di *screening*, in quanto già recuperate;
- ha programmato le seguenti azioni per il 2024, unitamente ad un costante monitoraggio e controllo, anche al fine di intraprendere iniziative correttive e/o migliorative:
 - completamento dell'attivazione degli *smart cup*⁵⁸ presso i MMG/PLS;
 - ultimazione dell'attivazione delle piastre ambulatoriali nei relativi servizi;
 - flessibilità organizzativa in relazione ai fabbisogni con relativa valutazione e adeguamento dell'offerta pubblica e privata; le strutture private devono partecipare a questo processo pena la decadenza dell'accreditamento;

⁵⁷ Con Determinazione direttoriale n. 9288 del 4 settembre 2023 è stato costituito il Gruppo di lavoro per la redazione delle linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria, composto dai Responsabili competenti per materia della Direzione regionale Salute e *Welfare*, dai Direttori sanitari della Aziende sanitarie regionali o, su loro delega, dai Direttori di dipartimento delle discipline chirurgiche e dai Referenti di Sala Operatoria indicati dalle direzioni aziendali, nonché i Gruppi di lavoro per la definizione delle linee guida per l'attribuzione delle classi di priorità e classi di complessità dei ricoveri chirurgici composti dai Responsabili competenti per materia della Direzione regionale Salute e *Welfare* e dai Referenti delle discipline chirurgiche indicati dalle Direzioni aziendali.

⁵⁸ Modalità che la Regione Umbria ha attivato per rendere più semplice il servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie.

- adozione di procedure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per la specialistica ambulatoriale in particolare per gli esami endoscopici gastroenterologici e per le richieste di esami RMN osteoarticolari per gli *over 65*;
- attuazione a livello regionale e recepimento a livello aziendale del regolamento di gestione delle sale operatorie, delle linee guida di inserimento dei pazienti in lista di attesa chirurgica e della loro evasione nonché del monitoraggio dei tempi di attesa per ricovero chirurgico;
- efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie con aumento della produttività chirurgica che dovrà portare in primo luogo a ridurre la mobilità passiva ed a rispettare i tempi di attesa;
- miglioramento della *performance* delle strutture chirurgiche (contrazione dei ricoveri medici, utilizzo appropriato dei posti letto, impiego corretto delle sale operatorie, riduzione delle urgenze chirurgiche provenienti dal percorso programmato, ecc.).

Con D.G.R. n. 394 del 24 aprile 2024 è stato adottato il piano operativo strutturale di recupero delle liste d'attesa per l'anno 2024⁵⁹.

Come previsto dalla stessa D.G.R. la *Task force* regionale⁶⁰, di cui alla determinazione direttoriale n. 1125 del 2 febbraio 2023, ha tenuto numerosi incontri periodici per monitorare l'andamento del recupero delle prestazioni e procedere all'aggiornamento del piano di recupero complessivo, entro il 31 dicembre 2024, con indicazione della numerosità e della percentuale da recuperare entro tale data, nonché per verificare l'utilizzo delle risorse assegnate.

Inoltre, è stata riferita la realizzazione di: (i) incontri settimanali con le Aziende per il monitoraggio dei PdT e per la definizione delle azioni di recupero con particolare riguardo a quelle per gastroenterologia, oculistica e radiologia; (ii) il monitoraggio periodico della consistenza delle liste chirurgiche e del recupero degli interventi; (iii) la pianificazione delle attività per il monitoraggio dei ricoveri chirurgici e dei tempi di utilizzo delle sale operatorie; (iv) la progettazione del percorso formativo per supportare

⁵⁹ Che riguarda essenzialmente la specialistica ambulatoriale, gli *screening* ed i ricoveri chirurgici.

⁶⁰ Con il compito di monitorare ed analizzare i dati relativi alle liste d'attesa, analizzare eventuali criticità organizzative, definire piani operativi al riguardo e gestire regionalmente i piani di recupero delle liste di attesa.

L'attuazione delle linee di indirizzo emanate per la redazione dei regolamenti di sala operatoria di cui alla menzionata D.G.R. n. 1406/2023, che vede coinvolti i RUA (Responsabile unico aziendale) e tutti i Gruppi tecnici istituiti nelle Aziende sanitarie. Tuttavia, alla luce dei monitoraggi effettuati ed in considerazione dell'evoluzione normativa che ha interessato il settore con la legge 29 luglio 2024, n. 107, è emersa la necessità di aggiornare il piano operativo strutturale⁶¹ di cui sopra definendo le specifiche attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri chirurgici e rideterminando così le risorse da attribuire alle Aziende sanitarie secondo la normativa vigente. In pratica i piani presentati dalle citate Aziende per la ritariffazione della produttività aggiuntiva⁶² hanno trovato copertura finanziaria, per la quasi totalità, nelle risorse di cui all'art. 1, comma 220, della legge n. 213/2023, con conseguente possibilità di destinare prioritariamente lo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del FSN, al quale concorre lo Stato per l'anno in corso (art. 1, comma 232 della l. n. 213/2023), alle altre finalità previste dalla norma, delle quali si tratterà più diffusamente nel successivo paragrafo 2.6. del presente Capitolo.

In particolare, con D.G.R. n. 800/2024 è stato dato mandato alla Direzione regionale Salute e *Welfare* di programmare ogni possibile intervento organizzativo-funzionale per recepire le nuove disposizioni legislative ad iniziare dalla istituzione della *Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria dei tempi e delle liste d'attesa*⁶³, presieduta e coordinata dall'Assessore regionale alla Salute e Politiche sociali, quale evoluzione della *Task force* già esistente, unità che, nelle more della nomina del RUAS (Responsabile unico dell'assistenza sanitaria di cui all'art. 2, comma 5, nomina da effettuare entro 90 giorni dall'entrata in vigore della citata l. n. 107/2024), dovrà continuare ad esercitare i compiti

⁶¹ Cosa di fatto avvenuta con la D.G.R. n. 800 del 7 agosto 2024 recante "Aggiornamento del piano operativo strutturale di recupero delle liste di attesa-anno 2024".

⁶² Leggasi prestazioni aggiuntive del personale medico e paramedico.

⁶³ Composta dai seguenti professionisti di area sanitaria ed amministrativa coinvolti nel processo: Direttore regionale Salute e *Welfare*, Dirigenti dei servizi della Direzione regionale coadiuvati da posizioni di elevata qualificazione (dei Servizi: pianificazione, programmazione e controllo strategico; prevenzione, sanità veterinaria, sicurezza alimentare, programmazione sanitaria, assistenza territoriale, integrazione sociosanitaria; programmazione sanitaria, assistenza ospedaliera, maxi emergenza; amministrativo e risorse umane; sistemi informativi sanitari, sanità digitale e innovazione; programmazione economico-finanziaria, controllo di gestione e *reporting* delle aziende sanitarie regionali, GSA), Direttori generali *pro tempore* delle Aziende sanitarie regionali coadiuvati dai rispettivi Direttori sanitari ed amministrativi, Amministratore unico di Punto Zero S.c. a r.l., posizione di E.Q. di supporto amministrativo e contabile del Servizio pianificazione, programmazione e controllo strategico del SSR per le funzioni di segreteria.

precedentemente assegnati alla *Task force*⁶⁴ e programmare gli interventi organizzativo-funzionali per allineare alle nuove disposizioni legislative di cui all'art. 3, comma 1, della citata legge n. 107/2024 le condizioni e l'adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie.

Con la nota deduttiva del 16 dicembre 2024, l'Amministrazione, al riguardo, ha riferito che *"In data 14 novembre 2024 si è svolta la riunione di insediamento dell'Unità Centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste d'attesa. L'Unità Centrale ha dato mandato alla Direzione regionale Salute e Welfare di avviare l'iter amministrativo utile ai fini dell'individuazione e nomina del RUAS e di comunicare al Ministero della Salute l'insediamento dell'Unità Centrale dell'Umbria e l'avvio dell'iter di nomina del RUAS."*

Con Nota pec prot. n. 258074 del 26-11-2024 (Allegato 4), la Direzione regionale Salute e Welfare ha dato comunicazione alla Ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute dell'insediamento dell'Unità Centrale in data 14/11/2024 e dell'avvio dell'iter amministrativo di nomina del RUAS dell'Umbria".

Con riguardo agli *screening*, l'Amministrazione ha riferito l'avvenuto riallineamento della tempistica di chiamata dei *round* previsti per quelli oncologici (mammella, cervice e colon retto) e recupero delle chiamate non effettuate durante il *lock-down* determinato dalla pandemia. Pertanto, le prestazioni di *screening* non sono state oggetto di piano di recupero.

Relativamente alla *specialistica ambulatoriale* la D.G.R. n. 394/2024 ha fissato quale obiettivo prioritario quello di garantire il soddisfacimento degli appuntamenti per oltre il 95% delle richieste pervenute al CUP regionale, anche per il primo accesso, mediante le seguenti azioni:

- massimizzazione delle attività in regime ordinario per il primo accesso, ampliando e determinando il volume dell'offerta per ciascuna prestazione onde non incorrere nell'inappropriatezza, sulla base delle prestazioni ricomprese nei PdT, parametrato per bacino di residenza in relazione al fabbisogno;
- completamento della fase diagnostica da parte di tutti gli specialisti e massimizzazione delle attività in regime di produttività aggiuntiva finalizzata al recupero dei PdT, non ingenerandone di nuovi secondo un iter riportato in Allegato

⁶⁴ Consistenti, nello specifico, nel monitoraggio e l'analisi dei dati relativi alle liste d'attesa, l'analisi di eventuali criticità organizzative, la definizione dei piani concernenti le attività e la gestione regionale dei piani di recupero delle liste d'attesa che riguarda essenzialmente la specialistica ambulatoriale, gli *screening* ed i ricoveri chirurgici.

“G”;

- ultimazione della fase diagnostica da parte di tutti i professionisti di specialistica ambulatoriale attraverso le P.P.I. (Prestazioni di particolare interesse);
- eventuale acquisto⁶⁵ dal privato accreditato convenzionato di prestazioni attinenti, in modo da consentire il recupero, nel più breve tempo possibile, di quelle già inserite nei PdT e di quelle più recenti, secondo un criterio di prossimità che permetta al cittadino di ricevere la prestazione nel territorio di residenza e, ove non presente, in quello limitrofo;
- prosecuzione della presa in carico delle prestazioni di II livello. Tutte le strutture e gli specialisti debbono garantire la presa in carico con prescrizioni volte ad approfondire e completare diagnosticamente il quadro sanitario e/o proseguire con il *follow-up*, al fine di evitare che il paziente debba tornare dal MMG/PLS per la prescrizione di ulteriori esami che finiscono per rientrare, tuttavia, nel circuito del primo accesso, con disallineamenti dei percorsi di cura. In tale ambito è previsto, altresì, che gli esami prescritti dagli specialisti siano prenotati attraverso il pieno utilizzo delle medesime piastre ambulatoriali in modo da consentire al paziente di rientrare al proprio domicilio con prescrizioni ed appuntamenti già definiti. A tale riguardo, è necessario che la struttura richiedente definisca il fabbisogno quali/quantitativo delle prestazioni in relazione ai pazienti afferenti alla stessa, che potrebbero essere erogate anche da altre strutture, e che siano, altresì, riservati il numero di appuntamenti nelle strutture eroganti per soddisfare le necessità del singolo percorso. Tale processo di programmazione dell’offerta in base alla domanda rappresenta il fulcro del sistema della presa in carico, da cui dipende il grado di efficacia dell’organizzazione messa in atto dalla Regione;
- potenziamento dell’appropriatezza prescrittiva, secondo l’iter riportato in Allegato “H”;
- monitoraggio costante dell’offerta per i primi ed i secondi accessi. La Direzione sanitaria di presidio/distretto effettua settimanalmente il monitoraggio delle relative disponibilità, onde poter individuare quelle residue e, conseguentemente, allineare l’offerta al recupero dei posti disponibili.

⁶⁵ L’assegnazione del *budget* avviene previa pubblicazione di avviso per manifestazione di interesse e nel rispetto del criterio di prossimità territoriale delle prestazioni in relazione alla residenza dei soggetti inclusi nei PdT, di cui si tratterà nel successivo paragrafo 2.11. del presente Capitolo II.

Su questo tema sono stati raccolti in Allegato "I" i primi risultati conseguiti.

Con la D.G.R. n. 800/2024 sono stati confermati i criteri di programmazione circa il recupero delle prestazioni già utilizzati nel piano precedente, in aderenza alle indicazioni fornite dal Ministero della salute, consistenti nel riprogrammare prioritariamente il recupero delle liste di attesa delle prestazioni afferenti alle patologie oncologiche e le visite di controllo dei pazienti cronici che, nel corso della pandemia, non hanno effettuato i controlli programmati, con particolare riferimento all'attuazione del piano nazionale della cronicità, alle visite di controllo per patologie rare e per quelle afferenti alla salute mentale, anche in ambito pediatrico, ferma restando la precedenza delle prime visite diverse da quelle del piano nazionale ritenute prioritarie.

Con gli atti sopra citati, la Regione ha, inoltre, fornito indicazioni circa una gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali alle prestazioni erogate dalle Aziende del SSR e dalle strutture private convenzionate che deve avvenire sempre tramite CUP regionale, in coerenza con le relative linee guida nazionali⁶⁶. La novità organizzativa è costituita dall'utilizzo del vettore informatico, elaborato da Punto Zero S.c. a r.l., che si compone di un *back-office*, che funge da supporto tecnico per la gestione delle agende dei CUP e dei NUS (Numero Umbria sanità) in termini di sviluppo di nuove modalità organizzative (sviluppo di *smart cup* e *back office* regionali), di ruolo proattivo e di sostegno alle Aziende per l'implementazione delle piattaforme ambulatoriali, di innovazione digitale dei processi quali le prenotazioni da parte degli specialisti e la dematerializzazione delle ricette, di automatico invio di SMS informativi, ecc., di possibilità di prenotazione *on-line* da parte dei CUP, *farmacup*⁶⁷, *smart cup*, *CUP-on-line* e NUS su strutture private accreditate e convenzionate e di possibilità di consentire ai MMG nelle AFT di prenotare direttamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale contestualmente alla prescrizione.

Molto importanti sono anche le attività finalizzate a ridurre il fenomeno delle c.d. *prestazioni non eseguite*, in particolare, per mancata presentazione dell'utente, mediante ampliamento e consolidamento dei servizi telefonici e telematici di modifica o disdetta delle prestazioni prenotate.

Relativamente ai **ricoveri chirurgici**, la D.G.R. n. 394/2024 ha fissato l'obiettivo di

⁶⁶ V. Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti.

⁶⁷ Sistema di prenotazione *on line* di prestazioni tramite le farmacie.

inserire i pazienti in lista di attesa in base alla priorità clinica e alla complessità di intervento in modo da garantire la prestazione nei tempi previsti per classe di complessità e di priorità, in particolare per la classe A (30 gg) e per gli interventi di patologia oncologica. La strategia per la gestione delle liste di attesa è incentrata sulle seguenti azioni:

1. massimizzazione dell'attività delle sale operatorie, che devono essere utilizzate a pieno regime con separazione del percorso urgente da quello programmato nel rispetto delle indicazioni dei regolamenti adottati dalle singole Aziende in linea con le linee di indirizzo regionali. È necessario garantire un'offerta adeguata alla domanda al fine di evitare consistenti liste di attesa superiori alle possibilità di gestione;
2. ottimizzazione delle attività in produttività aggiuntiva finalizzata al recupero dei ricoveri in lista di attesa diversificati per classe di complessità e di priorità e data di inserimento in lista di attesa attraverso:
 - la programmazione di sedute aggiuntive nelle sedi ospedaliere per il recupero degli interventi in lista di attesa con utilizzo delle risorse per le prestazioni aggiuntive;
 - l'organizzazione di ulteriori sedute in sedi ospedaliere e/o di altre strutture pubbliche per il recupero degli interventi in lista di attesa attraverso la formalizzazione di specifici accordi fra aziende per l'utilizzo delle sale operatorie della rete ospedaliera regionale al fine del pieno efficientamento nell'utilizzo delle stesse;
 - il trasferimento in chirurgia ambulatoriale degli interventi previsti dalla D.G.R. n. 194 del 6 marzo 2024 recante "Art. 6, comma 8 del RR 9/2023. Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale", con programmazione di sedute anche in produttività aggiuntiva;
3. recupero della mobilità passiva delle prestazioni di alta specialità, dei DRG (*Diagnosis related group*) di bassa-media complessità e di quelli potenzialmente inappropriati;
4. monitoraggio della produzione chirurgica, delle attività di recupero degli interventi chirurgici e di utilizzo delle sale operatorie come previsto dal regolamento di sala operatoria con incontri periodici nella Direzione di presidio per illustrare l'andamento circa l'uso delle stesse;
5. monitoraggio giornaliero di utilizzo di ogni singola sala operatoria.

Con la D.G.R. n. 800/2024 sono stati confermati i criteri di riprogrammazione del recupero delle prestazioni già utilizzati nel Piano precedente, in linea con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute.

L'aggiornamento del piano operativo strutturale di recupero delle liste d'attesa di cui alla più volte citata D.G.R. n. 394/2024 è stato realizzato sulla base dei dati dell'ultimo monitoraggio al 31 dicembre 2023, per gli anni ante 2023. Tale monitoraggio ha evidenziato la seguente situazione in merito ai ricoveri chirurgici:

➤ anni 2020-2021 il seguente recupero:

- ✓ Classe 1 = 60%
- ✓ Classe 2 = 67%
- ✓ Classe 3 = 58%
- ✓ Ambulatoriali = 49%

➤ anno 2022 il seguente recupero:

- ✓ Classe 1 = 53%
- ✓ Classe 2 = 30%
- ✓ Classe 3 = 37%
- ✓ Ambulatoriali = 62%

Nelle tabelle di seguito riportate sono esposti, in maniera sintetica, i dati relativi alle prestazioni chirurgiche da eseguire sia in regime di ricovero che in quello ambulatoriale, riferiti, rispettivamente, agli anni 2020-2021, 2022 e 2023. Alla data attuale risultano già gestite il 50% delle prestazioni presenti al 31 dicembre 2023 e nelle tabelle è riportata la stima della percentuale di gestione e del residuo al 31 dicembre 2024:

Tabella 5 – Prestazioni chirurgiche anni 2020-2021. Volumi al 31.12.2023 e residuo stimato al 31.12.2024

Prestazioni chirurgiche anni 2020-2021	Volumi al 31/12/2023	Stima del residuo al 31/12/2024	Stima % di gestione al 31/12/2024
Ricoveri	5.201	198	96
Ambulatoriali	2.186	0	100
Totali	7.387	198	97

Fonte Regione Umbria

Tabella 6 – Prestazioni chirurgiche anno 2022. Volumi al 31.12.2023 e residuo stimato al 31.12.2024

Prestazioni chirurgiche anno 2022	Volumi al 31/12/2023	Stima residuo al 31/12/2024	Stima % di gestione al 31/12/2024
Ricoveri	4.882	299	94
Ambulatoriali	2.676	30	99
Totali	7.558	329	96

Fonte Regione Umbria

Tabella 7 – Prestazioni chirurgiche anno 2023. Volumi al 31.12.2023 e residuo stimato al 31.12.2024

Prestazioni chirurgiche anno 2023	Volumi al 31/12/2023	Stima residuo al 31/12/2024	Stima % di gestione al 31/12/2024
Ricoveri	13.984	3.102	78
Ambulatoriali	8.222	1.578	81
Totali	22.206	4.680	79

Fonte Regione Umbria

Complessivamente il piano garantisce il recupero di oltre il 95% delle prestazioni in lista di attesa ante 2023 ed il 79% di quelle del 2023, di cui il 78% delle prestazioni di ricovero e l'81% di quelle ambulatoriali, per un recupero complessivo per tutte le annualità pari all'86%, di cui l'85% delle prestazioni di ricovero e l'88% di quelle ambulatoriali come descritto nella successiva tabella:

Tabella 8 – Prestazioni chirurgiche ante 2024. Volumi al 31.12.2023 e residuo stimato al 31.12.2024

Prestazioni chirurgiche ante 2024	Volumi al 31/12/2023	Stima del residuo al 31/12/2024	Stima % di gestione al 31/12/2024
Ricoveri	24.607	3.599	85%
Ambulatoriali	13.084	1.608	88%
Totali	37.151	5.207	86%

Fonte Regione Umbria

Dalla stima effettuata dall'Amministrazione, è previsto che al 31 dicembre 2024 residuino n. 5.207 prestazioni (rispetto alle n. 37.151 presenti al 31 dicembre 2023) di cui il 90% (n. 4.680) relative all'anno 2023. L'obiettivo regionale alla stessa data è quello di:

- recuperare oltre il 95% del pregresso ante 2023;
- recuperare oltre l'80% delle prestazioni chirurgiche del 2023;
- efficientare le sale operatorie per ridurre complessivamente le liste di attesa.

Inoltre, per il 2025 sono stati definiti i seguenti obiettivi:

- avviare la programmazione di recupero del minimo di residuo 2023 e di quello del 2024;
- rispettare i tempi di attesa per le prestazioni di classe A, di complessità 1 relative alla chirurgia oncologica nel 95% dei casi;
- mantenere i tempi delle classi di priorità delle prestazioni chirurgiche sottoposte a monitoraggio ministeriale.

I risultati conseguiti per il recupero delle liste dei ricoveri chirurgici sono riportati in

Allegato “J”.

L’Amministrazione riferisce che il sistema opera in modo trasparente e in totale visibilità di tutte le agende di prenotazione, armonizzate, omogeneizzate e distinte per accessi⁶⁸, sia delle strutture pubbliche che di quelle private accreditate convenzionate, nonché quelle dell’attività istituzionale e intramuraria. La gestione del CUP è improntata ad elevata flessibilità in modo da evitare la sottovalutazione della capacità erogativa della prestazione e, al contempo, massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa fissato per ciascuna classe di priorità. Inoltre, è costante e continua l’attività di recupero delle *prestazioni non eseguite* a favore di coloro che hanno una più alta domanda per quella tipologia di prestazione. Sono stati, altresì, realizzati i Raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) attraverso il coinvolgimento partecipato dei medici prescrittori (MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, ecc.) ed erogatori al fine di garantire un accesso appropriato e prioritario alle prestazioni, che debbono essere sempre accompagnate dal codice identificativo della classe di priorità alla quale appartiene il paziente e dal relativo quesito diagnostico, anch’essi oggetto di monitoraggio. Tale rilevamento ha consentito, con la D.G.R. n. 1023 del 20 settembre 2024, recante “D.G.R. n. 800/2024 di aggiornamento del piano operativo strutturale di recupero delle liste di attesa – Anno 2024. Determinazioni” e con la successiva D.G.R. n. 1088 del 25 settembre 2024, di confermare, ai sensi dell’art. 1, comma 232 della legge n. 213/2023, lo stanziamento indistinto dello 0,4% tratto dal fabbisogno nazionale standard del quale può disporre la Regione Umbria (anno 2024: euro 7.302.512,75) per il recupero delle prestazioni attualmente inserite nei PdT e degli interventi chirurgici in lista d’attesa secondo il piano riportato nella più volte citata D.G.R. n. 800/2024, rideterminando, conseguentemente, il riparto in modo maggiormente aderente ai monitoraggi effettuati e dando altresì mandato anche alla Direzione regionale competente di monitorare l’andamento del recupero delle prestazioni.

Si rileva, tuttavia, che le riferite modalità di prenotazione⁶⁹ da parte dei pazienti e la loro presa in carico, evidenziano uno sviluppo parzialmente differente tra le due Aziende USL, con conseguente mancanza di uniformità che, sembrerebbe non agevolare la

⁶⁸ Quelle per i primi accessi sono suddivise per classe di priorità previste per ciascuna prestazione. Per quelli successivi sono state istituite apposite agende rispettivamente per le prestazioni programmate dallo specialista che ha preso in carico il paziente e per i PdT previsti dal piano regionale della cronicità.

⁶⁹ 12 regioni italiane usano il CUP per le prenotazioni, tra di esse l’Umbria.

soluzione dei problemi sanitari nel loro complesso.

Inoltre, si pone l'attenzione sulle lunghe liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali che riguardano l'area cardio-vascolare e, segnatamente, le visite cardiologiche, nonché la ginecologia; settori che in questi ultimi anni hanno fatto registrare un peggioramento nella produttività.

A tal proposito, con le deduzioni del 16 dicembre 2024, l'Amministrazione ha fatto presente di aver avviato la *riorganizzazione del CUP già a partire dall'anno 2013, quando è stato realizzato un CUP regionale che ha sostituito i CUP aziendali precedentemente utilizzati: pertanto, l'utente ha la possibilità di prenotare la prestazione in una qualunque struttura del territorio regionale tramite qualunque canale di accesso*" fornendo, altresì, precisazioni in ordine alle modalità di gestione delle prenotazioni, secondo quanto previsto dal PRGLA 2019-2021⁷⁰.

L'Amministrazione ha quindi evidenziato che *"il servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie si avvale di una rete capillare di sportelli CUP e delle Farmacie municipali e private dislocate in tutto il territorio regionale, della prenotazione telefonica e della prenotazione online. Tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture pubbliche e private vengono prenotate attraverso il CUP regionale, ad eccezione delle prestazioni ad accesso diretto previste dalla normativa vigente"*.

Al riguardo, nel corso del contraddittorio svolto nell'adunanza pubblica del 19 dicembre 2024, l'Amministrazione ha, altresì, precisato che sono in corso di approvazione le linee guida per la creazione di un sistema nazionale unitario di gestione delle liste di attesa, non ancora disponibile.

Relativamente all'appropriatezza prescrittiva si evidenzia che, nel corso della citata adunanza pubblica, con riguardo all'Azienda USL Umbria 2 è stata riferita una

⁷⁰ In particolare, secondo quanto riferito, il sistema CUP è stato adeguato: il sistema CUP è stato adeguato: *"• Per la gestione distinta delle agende relative ai primi accessi e agli accessi successivi, stabilendo per quelle relative ai primi accessi, la suddivisione per le classi di priorità previste per ciascuna prestazione, assicurando comunque la flessibilità in fase di prenotazione;*

• Inoltre, al fine di assicurare la gestione della presa in carico del paziente, tutti i medici specialisti della Regione hanno a disposizione l'applicativo regionale "prescrizione WEB" attraverso il quale possono prescrivere le prestazioni necessarie dopo il primo accesso. Il CUP gestisce tutte le agende specifiche per gli accessi successivi, cosiddette di 2° livello (es. PDTA, follow up, ecc), che sono distinte da quelle dei primi accessi. Il software consente di definire sportelli ed agende riservate a tale tipo di attività, prescritte ed erogate internamente alle strutture e non visibili dagli altri sportelli CUP al pubblico. Alcuni ambulatori (es. nefrologia e diabetologia) hanno già a disposizione una cartella clinica informatizzata integrata sia con il sistema di prescrizione Web che con il CUP per la prenotazione.

• Per l'attivazione del "percorso di tutela": qualora, al momento della prenotazione, non ci sia disponibilità della prestazione secondo i tempi richiesti dal prescrittore, l'assistito viene inserito, in maniera automatica nel sistema CUP, in un percorso di tutela il quale prevede che l'Azienda USL di riferimento trovi un appuntamento adeguato alla richiesta e lo comunichi all'utente."

importante attività di sensibilizzazione dei MMG finalizzata a ridurre la domanda di prestazioni diagnostiche endoscopiche di gastroenterologia.

Altro profilo critico è rappresentato dalla mancata attivazione nella Regione dello *screening* per la SMA (Atrofia muscolare spinale neonatale).

Sul punto l'Amministrazione, con le deduzioni del 16 dicembre 2024, ha rappresentato che l'iter per tale "*screening ancora non inserito nel panel nazionale, in attesa di normativa nazionale*", potrà essere avviato anche in Umbria "*previa quantificazione delle risorse necessarie*"⁷¹, come confermato anche nel corso dell'adunanza pubblica del 19 dicembre 2024.

2.6 Il personale medico e paramedico

La carenza di medici e paramedici in Italia rappresenta una sfida significativa per il SSN. Negli ultimi anni, diversi fattori hanno contribuito a questa situazione, tra i quali il pensionamento di un numero considerevole di professionisti, la mancata sostituzione dei posti vacanti e la competitività delle offerte di lavoro in altri Paesi. La crisi demografica, con un aumento della popolazione anziana che richiede maggiori cure, accentua ulteriormente il problema. Inoltre, la formazione dei giovani professionisti è spesso rallentata da tassi di accesso limitati alle scuole di medicina e di specializzazione e da lunghe attese per il conseguimento di tali titoli. Questa scarsità di personale non solo influisce sulla qualità delle cure, ma genera anche un aumento del *burnout* tra i professionisti già attivi. Le istituzioni devono ora affrontare la questione con interventi strategici, come l'incremento dei bandi per la formazione, il miglioramento delle condizioni lavorative e l'adozione di politiche di attrazione per i medici residenti all'estero. Se non si interviene prontamente, il rischio è di compromettere ulteriormente la salute pubblica e l'efficienza del servizio sanitario nel suo complesso.

⁷¹ In merito l'Amministrazione ha evidenziato quanto dedotto dal sito dell'Osservatorio Malattie Rare (OMAR) e, in dettaglio: "*Sono attualmente 49 le patologie sottoposte a Screening Neonatale Esteso: 47 patologie metaboliche, la fibrosi cistica, l'ipotiroidismo congenito e la fenilchetonuria. Sono però almeno 7 le patologie, o i gruppi di patologie rare, che avrebbero tutti i requisiti in regola per essere integrate nel panel nazionale dello Screening Neonatale Esteso (SNE). Tra queste c'è anche l'atrofia muscolare spinale (SMA).*

In attesa di una legge nazionale sullo Screening Nazionale Esteso, ogni territorio procede secondo la propria sensibilità e disponibilità economica e quindi così come capita per altre patologie, o gruppi di patologie, in linea con l'autonomia delle regioni in ambito di sanità, i territori si sono organizzati negli ultimi anni per l'inclusione della SMA attraverso progetti pilota, in alcuni casi poi stabilizzati. Attualmente sono 14 le Regioni in cui è stato attivato/avviato il percorso. Altre 3 hanno iter in corso di definizione".

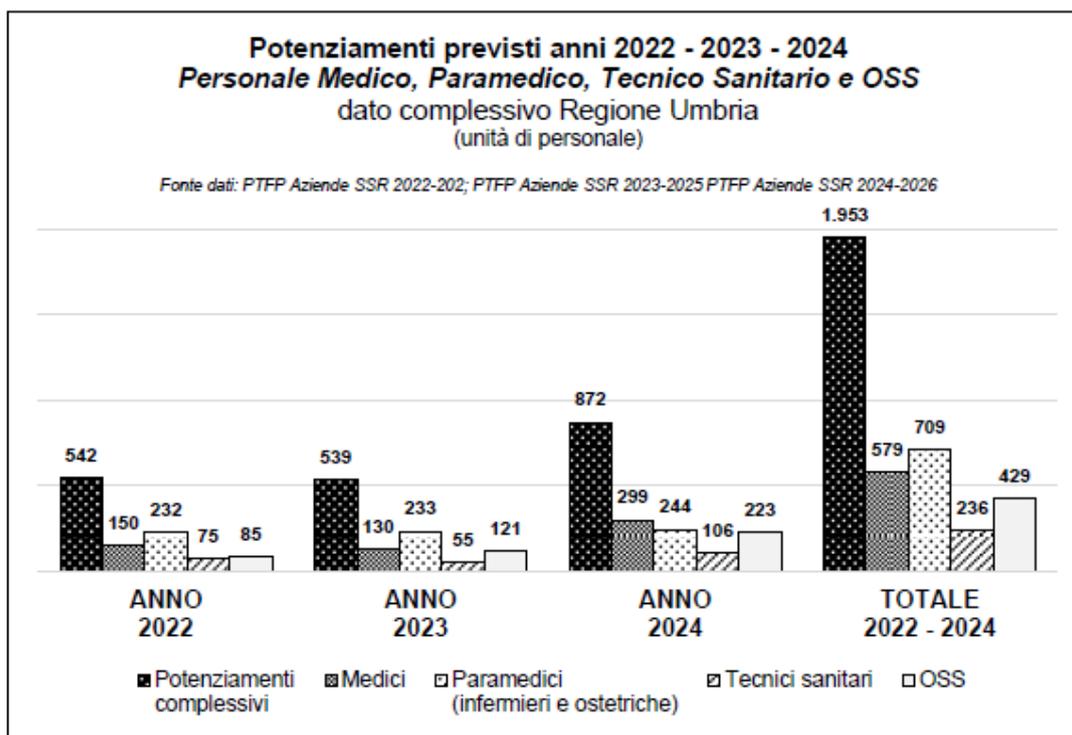
La situazione è, peraltro, aggravata anche dalla esiguità dei presidi di cura in molteplici aree geografiche connotate, peraltro, da caratteristiche morfologiche che rendono difficoltosi i collegamenti e, di conseguenza, i soccorsi, come si verifica in Umbria, situazione sulla quale hanno inciso anche i fenomeni tellurici che si sono avuti negli anni. Nel 2024 e nel 2025 si prevede un numero significativo di pensionamenti a livello nazionale, ai quali si aggiunge il fenomeno delle dimissioni per passaggi alla sanità privata, nonché la migrazione all'estero di molti giovani medici.

Le aree con maggiori lacune includono specializzazioni come chirurgia d'urgenza, chirurgia generale e traumatologia d'urgenza, senza contare quelle più ambite nel settore privato, come chirurgia plastica, oculistica e ginecologia.

Attesa la su esposta cronica carenza di personale medico e paramedico a livello nazionale che, ovviamente, interessa anche la Regione Umbria, secondo quanto riferito dall'Amministrazione regionale, la definizione dei relativi fabbisogni e la conseguente copertura dei posti del SSR hanno risentito per il triennio 2022-2024, del contesto epidemiologico precedente influenzato dall'adozione, durante la pandemia, di modalità di reclutamento flessibili e derogatorie rispetto a quanto previsto nel periodo pre-pandemico. In particolare, ciò aveva dato luogo ad un incremento delle immissioni che avevano conseguentemente influenzato la programmazione dei fabbisogni di personale a partire dal 2022. La Regione ha rappresentato di essersi trovata dinnanzi ad una complicata situazione che vedeva il profilarsi di nuovi modelli organizzativi, improntati ad efficienza ed efficacia dell'offerta sanitaria oltre che finalizzati al loro potenziamento e riordino dei quali doveva tener conto. Pertanto, la ridefinizione complessiva della rete ospedaliera, in coerenza con il D.M. n. 70/2015 nonché con il D.L. n. 34/2020, e della rete territoriale sulla base del citato D.M. n. 77/2022, ha consentito di rideterminare le dotazioni organiche da assegnare a ciascuna UO (Unità operativa) attraverso i piani triennali di fabbisogno del personale nei quali sono state fissate le politiche di reclutamento di ciascuna Azienda che, ai fini del contenimento dei costi, debbono comunque rispettare i relativi vigenti tetti di spesa definiti dalla D.G.R. n. 581/2021. In sintesi, le Aziende del SSR sono state invitate ad *“adottare tutte le misure necessarie al fine del raggiungimento degli standard del D.M. n. 77/2022, secondo le linee operative individuate con le D.G.R. n. 1329/2022 e n. 912/2023 tenuto conto delle risorse previste all'art. 1, comma 274, della legge n. 234/2021, così come ripartite con il Decreto Interministeriale del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle Finanze del 23 dicembre 2022”*.

Inoltre, è stato riferito che si è data applicazione agli accordi sindacali per la stabilizzazione del personale operante nel SSN recepiti nelle D.G.R. nn. 376/2022, 707/2022⁷², 708/2022, 381/2023 e 1099/2023⁷³ al fine di potenziare, rafforzare e consolidare il SSR portando a compimento i relativi processi assunzionali, non tutti conclusi, anche perché effetto della novella introdotta dall'art. 8, comma 2-bis, del D.L. n. 19/2024, che ha ampliato l'arco temporale per la maturazione dei requisiti per la stabilizzazione dei precari. Nella tabella che segue sono riportati i dati sui reclutamenti a tempo indeterminato, comprese le stabilizzazioni, di personale medico, paramedico (infermieri ed ostetriche), tecnico sanitario ed operatori socio-sanitari (OSS) previsti dai piani triennali di fabbisogno di personale (PTFP) deliberati dalle Aziende del SSR ed approvati dalla Giunta regionale, per gli anni 2022, 2023 e 2024.

Grafico 2 – Potenziamenti previsti anni 2022-2023-2024



Fonte: Regione Umbria

A tale riguardo, si evidenzia che nel 2023, come riferito dall'Amministrazione, la ricognizione delle procedure concorsuali concluse ha acclarato che, a livello regionale,

⁷² C.d. stabilizzazione "Decreto Madia".

⁷³ C.d. stabilizzazione del personale precario assunto per fronteggiare l'emergenza COVID.

sono state bandite n. 16 procedure concorsuali per n. 76 posti messi a concorso, dei quali solo n. 69 sono stati coperti.

La Regione, in risposta ad una specifica richiesta di aggiornamento circa gli esiti delle procedure concorsuali avviate o da avviare riferite ai piani di reclutamenti 2024 delle Aziende sanitarie regionali (previsti dalla PTFP 2024-2026)⁷⁴, approvati con DD.GG.RR. nn. 304, 305, 306 e 307 del 3 aprile 2024, ha reso noto i risultati del monitoraggio effettuato il 31 agosto 2024, evidenziando la seguente situazione, distinta per profilo professionale e contenente anche le entità di personale assunto:

- personale medico, assunzioni previste per n. 299 unità, delle quali n. 267 ordinarie e n. 32 stabilizzazioni. Dal monitoraggio al 31 agosto 2024 relativo all'attuazione oltre il *turn over* delle assunzioni ordinarie programmate, rispetto alle n. 92 procedure previste, ne risultavano avviate⁷⁵ n. 62, corrispondenti ad una percentuale di attuazione (pari al 67,39%) e che sono state effettuate n. 56 assunzioni a tempo indeterminato operate oltre il *turn over* (corrispondenti al 20,97% delle assunzioni complessive previste dai Piani) e n. 20 delle n. 32 stabilizzazioni previste;
- personale paramedico (infermieri ed ostetriche), previste assunzioni per n. 244 unità, delle quali n. 168 ordinarie e n. 76 stabilizzazioni. Al 31 agosto 2024, rispetto alle n. 6 procedure previste per le assunzioni ordinarie, risultano avviate⁷⁶ n. 2 procedure concorsuali (corrispondenti ad una percentuale di attuazione pari al 33,33%) e che sono state effettuate n. 15 assunzioni a tempo indeterminato operate oltre il *turn over*, nonché n. 51 delle n. 76 stabilizzazioni previste;
- personale tecnico-sanitario, previste assunzioni per n. 106 unità, delle quali n. 60 ordinarie, relative all'attuazione, oltre il *turn over*, dei reclutamenti 2024 a tempo indeterminato e n. 46 stabilizzazioni. Alla data del 31 agosto 2024, a fronte delle n. 25

⁷⁴ Nella pianificazione triennale di fabbisogno del personale la Regione ha ribadito quanto stabilito, nell'ambito della propria competenza in materia, anche in termini di coordinamento e di armonizzazione, con la D.G.R. n. 959/2020 con la quale aveva raccomandato che "...per la copertura dei fabbisogni di personale comuni a più aziende vengano avviate procedure congiunte con individuazione dell'Azienda capofila in ragione del maggior fabbisogno espresso dalle proprie strutture.

⁷⁵ Al riguardo l'Amministrazione precisa che in tale accezione sono ricomprese "le procedure bandite, in corso di espletamento, espletate o l'attingimento da altre graduatorie".

⁷⁶ Al riguardo l'Amministrazione precisa che in tale accezione sono ricomprese "le procedure bandite, in corso di espletamento, espletate o l'attingimento da altre graduatorie".

procedure concorsuali previste per le assunzioni ordinarie, ne risultano avviate⁷⁷ n. 7 (corrispondenti ad una percentuale di attuazione riferita del 28,00%) e che risultano effettuate n. 10 assunzioni a tempo indeterminato operate oltre il *turn over* (corrispondenti al 16,67% delle assunzioni complessive previste dai Piani), nonché n. 37 stabilizzazioni rispetto alle n. 46 previste;

- operatori sociosanitari, previste assunzioni per n. 233 unità, delle quali n. 77 ordinarie e n. 146 stabilizzazioni. Dal monitoraggio al 31 agosto 2024 relativo all'attuazione oltre il *turn over* delle assunzioni ordinarie programmate, rispetto alle n. 5 procedure previste ne risultano avviate⁷⁸ n. 4 (corrispondenti ad una percentuale di attuazione riferita dell'80%) e che sono state effettuate n. 37 assunzioni oltre il *turn over*, nonché n. 137 delle n. 146 stabilizzazioni previste.

Il potenziamento degli organici è stato, quindi, principalmente perseguito mediante procedure di reclutamento a tempo indeterminato al fine di poter assicurare un adeguato *turn over* del personale che cessa dal servizio, sia per età, sia per dimissioni volontarie, quest'ultime non pianificabili *a priori*. Il rilancio di queste procedure, avvenuto dopo le vicende giudiziarie risalenti al 2019, ha anche comportato l'emanazione di direttive a tutela della trasparenza e del buon andamento dei processi selettivi. Tuttavia, secondo quanto riferito dall'Amministrazione, tale azione di rilancio delle procedure ha incontrato numerosi ostacoli che ne hanno rallentato lo sviluppo quali:

- la numerosità di candidature soprattutto per il personale paramedico;
- la difficoltà nel reperire commissari d'esame per i concorsi stante l'indisponibilità a partecipare o l'incompatibilità di alcuni di questi;
- l'indisponibilità di candidati per talune specializzazioni mediche quali, ad esempio, anestesia e rianimazione, medicina e chirurgia d'urgenza, cardiologia, ecc.;
- la scarsa attrattività dei bandi di concorso per le strutture periferiche;
- la disomogeneità/disarmonia del panorama di opzioni offerto dalle due Aziende sanitarie regionali e dalle due Aziende ospedaliere;

⁷⁷ Al riguardo l'Amministrazione precisa che in tale accezione sono ricomprese "le procedure bandite, in corso di espletamento, espletate o l'attingimento da altre graduatorie".

⁷⁸ Al riguardo l'Amministrazione precisa che in tale accezione sono ricomprese "le procedure bandite, in corso di espletamento, espletate o l'attingimento da altre graduatorie".

- la presenza di plurime graduatorie di concorso di singole Aziende riferite alle medesime professionalità; elenchi nei quali figurano di sovente gli stessi candidati che, se chiamati da altri per scorrimento della graduatoria, talvolta vengono sottratti alla sede d'impiego assegnata per prima rendendo vani gli sforzi fin lì compiuti.

Pertanto, le Aziende sanitarie regionali, nelle more della definizione delle procedure di reclutamento, hanno introdotto una serie di azioni volte a garantire, comunque, il perseguimento dei LEA e la funzionalità dei servizi offerti.

In particolare, le Aziende del SSR hanno provveduto ad assumere personale medico in formazione specialistica a tempo determinato ai sensi della l. n. 145/2018 e a contrattualizzare personale medico *a progetto* o esercitante la libera professione, nonché personale medico in quiescenza ai sensi dell'art. 4, comma 6, del D.L. n. 215/2023. A ciò va aggiunto il ricorso alle prestazioni aggiuntive del personale dipendente secondo gli accordi siglati con le organizzazioni sindacali del personale medico e del comparto sanitario, recepiti nelle DD.GG.RR. nn. 760 e 762 del 1° agosto 2024, tramite le quali si è data attuazione alle disposizioni contenute nei commi 218 e 219 dell'art. 1 della più volte citata L. n. 213/2023 con le quali il Legislatore ha inteso incentivare il personale medico e del comparto sanitario a fornire prestazioni aggiuntive al di fuori dell'orario di lavoro anche per *"far fronte alla carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale"*, mediante una maggiorazione tariffaria oraria di lavoro straordinario. Inoltre, anche il Legislatore è intervenuto con il D.L. n. 19/2024, rivedendo, almeno parzialmente, i vincoli di contenimento della spesa pubblica per quanto attiene alle assunzioni a tempo determinato di personale medico e di quello del comparto sociosanitario, la cui spesa non può, tuttavia, superare quella sostenuta per le medesime finalità nell'anno 2019 (annualità pre-pandemica).

Come asserito in precedenza, anche per l'Umbria queste forme di assunzione stanno risentendo in termini numerici, specialmente per alcune discipline e professionalità, delle scarse vocazioni, di crisi motivazionali, delle migrazioni verso il privato o all'estero, anche a causa delle inadeguate remunerazioni. Pertanto, il bilancio organico che ne deriva, anche a causa dei massivi pensionamenti, non appare in equilibrio.

Anche in sede di contraddittorio orale l'Amministrazione ha ribadito il permanere di tali carenze e delle difficoltà di reperimento del personale nonostante l'avvio delle relative procedure ed ha evidenziato che tale situazione determina una torsione sotto il profilo strategico della gestione quotidiana costituita dal ricorso frequente alle prestazioni

aggiuntive mediante le quali è possibile assicurare il funzionamento delle strutture, peraltro non in via ordinaria e mediante il costante contemperamento del benessere psico-fisico del personale e l'esigenza di dover assicurare servizi di pubblica necessità.

Si dà, inoltre, atto che, secondo quanto riferito, la Regione Umbria non ha inteso ricorrere ai medici *a gettone* che, remunerati a tariffe più elevate, hanno generato delle sperequazioni nei confronti dei medici strutturati negli ospedali contribuendo ad intensificare il fenomeno dell'allontanamento dei giovani medici dal SSN verso opzioni maggiormente remunerative e appaganti dal punto di vista professionale.

Al fine di consentire un costante monitoraggio sul punto, nonché di disporre di informazioni adeguate ed aggiornate per l'assunzione delle relative decisioni, l'Amministrazione, ha predisposto il *"Cruscotto per il monitoraggio regionale, finalizzato al governo delle risorse impiegate nel servizio sanitario"*.

Con riguardo alle risorse destinate ai costi del personale, con le DD.GG.RR. n. 412/2023 e n. 94/2024 sono state assegnate alle Aziende territoriali regionali le risorse finanziarie ripartite per il 2022 e per il 2023. In via previsionale, tenuto conto dei suddetti piani triennali, sono state anche anticipate le ipotesi di assegnazione per il 2024 con l'esplicita disposizione di *"adottare nel corso dell'anno 2024, in ordine al reclutamento del personale, tutte le misure necessarie al fine del raggiungimento degli standard del D.M. n. 77/2022, secondo le linee operative individuate con le D.G.R. n. 1329/2022 e n. 912/2023, tenuto conto delle risorse previste dall'art. 1, comma 274, della l. n. 234/2021, così come ripartite con il Decreto Interministeriale del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 23 dicembre 2022"*. In sintesi, nel triennio 2022-2024, per poter raggiungere gli obiettivi indicati dal più volte richiamato D.M. n. 77/2022, sono state stanziare:

- a favore della **Azienda USL Umbria 1** euro 4.562.535,56, risorse che sono state utilizzate, nelle more della costituzione delle Unità di continuità assistenziale (ex guardia medica), per:

- continuare a garantire i servizi clinico-assistenziali di particolare complessità nel 2022, con n. 50 medici rivenienti dalle USCA (Unità sanitaria di continuità assistenziale), realizzando il pieno impiego delle risorse assegnate allo scopo. Per gli anni 2023 e 2024 l'Azienda USL ha inteso lasciare immutata l'offerta facendo ricorso a professionalità disponibili nei distretti aziendali ed assicurando le rispettive funzioni attraverso l'impiego dei servizi di continuità assistenziale, mediante

impiego nel 2023 e programmazione per il 2024, dell'intera quota di risorse assegnate;

- garantire, con l'intero impiego delle risorse assegnate, la piena funzionalità delle COT di competenza con personale sia tecnico-amministrativo sia infermieristico (quest'ultimo pari a n. 3 unità per ciascuno degli anni 2022 e 2023 e a n. 9 nel 2024);
 - reclutare, col pieno impiego delle risorse assegnate, n. 11 unità infermieristiche per il 2023 e n. 22 per il 2024 per le CdC;
 - programmare l'utilizzo completo delle risorse assegnate per l'assunzione di n. 19 unità infermieristiche per gli OdC a decorrere dal 2024;
- a favore della **Azienda USL Umbria 2**, euro 3.419.867,69, risorse che sono state utilizzate, nelle more della costituzione delle Unità di continuità assistenziale, per:
- continuare a garantire la attività per la gestione e il supporto della presa in carico di pazienti o di comunità che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità avvalendosi, nel 2022, dei medici di continuità assistenziale rivenienti dalle USCA ed impiegando tutte le risorse disponibili allo scopo. Per gli anni 2023 e 2024 è stato previsto, a titolo sperimentale, di istituire un ambulatorio per i c.d. codici bianchi e verdi alimentato da professionisti presenti in Azienda sia con rapporto di dipendenza che in regime di convenzionamento, a ciclo di scelta ed a quota oraria, con l'impiego di tutte le risorse stanziare per il 2023 e la programmazione dell'intero utilizzo di quelle disponibili per il 2024;
 - reclutare n. 6 infermieri per le COT a decorrere dal 1° luglio 2024, in quanto le risorse assegnate per il 2023 e 2024 sono state rese disponibili solo a giugno 2024 e, pertanto, è stato possibile utilizzarle solo parzialmente a decorrere da tale momento;
 - attivare le due CdC previste per il 2022 e 2023 (rispettivamente Trevi ed Amelia) con infermieri e personale tecnico-amministrativo già presenti in Azienda e programmando il reclutamento di n. 12 unità infermieristiche per il 2024, impiegando così tutte le risorse assegnate per lo scopo;
 - avviare gli OdC previsti a partire dal 2024 impiegando tutte le risorse assegnate per tale scopo e n. 12 unità infermieristiche destinate al progetto sperimentale degli OdC di Amelia e di Spoleto.

Inoltre, in ragione dell'accordo approvato dalla Regione circa il Servizio di emergenza sanitaria territoriale di cui al precedente paragrafo 2.4. si è inteso attualizzare gli accordi

preesistenti incentivando il personale ad accettare incarichi per professionisti remunerati adeguatamente in modo da potenziare il contingente di medici per l'emergenza. L'intesa sottoscritta dalle parti (Albi, Ordini, ecc.) è tesa a risolvere le numerose criticità riguardanti il settore dell'emergenza/urgenza ed a utilizzare tutti gli istituti contrattuali normativamente previsti finalizzati allo scopo.

A margine si rileva, tuttavia, come non siano state utilizzate tutte le risorse presenti sul territorio in grado di fornire supporto al SSR; si fa riferimento, in particolare, ai Corpi ausiliari (ad es.: CRI, Sovrano Militare Ordine di Malta, ecc.) - con i quali si possono sottoscrivere convenzioni ed accordi - ai medici militari impiegabili previo accordo tra le parti, con particolare riferimento al Centro Nazionale di Selezione e Reclutamento dell'Esercito di stanza a Foligno (PG), nonché, in parte, ai medici in quiescenza, per i quali risultano sottoscritti solo alcuni contratti di collaborazione libero-professionale (n. 12 dall'A.O. di Terni; n. 4 dall'Azienda USL Umbria 1; n. 26 dall'Azienda USL Umbria 2).

In proposito, con le menzionate deduzioni, è stato precisato che, riguardo ai contratti di collaborazione con i medici in quiescenza *“nella variabilità dei rapporti incide anche la disponibilità dei medici pensionati”*, che *“Quanto ai rapporti con il Centro Nazionale di Selezione e Reclutamento dell'Esercito di stanza a Foligno si annovera la pluriennale collaborazione dell'Azienda Usl Umbria 2 con il medesimo Centro Nazionale recentemente rinnovata che vede l'impiego di Ufficiali medici e personale sanitario militare in maniera fattiva per l'orario concordato in attività compatibili con la qualifica professionale nell'ambito dell'Ospedale di Foligno come risulta da Delibera del Direttore Generale USL Umbria 2 n. 1048 del 4.6.2024 avente ad oggetto «RECEPIMENTO PROTOCOLLO D'INTESA TRA AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2 ED IL CENTRO DI SELEZIONE E RECLUTAMENTO NAZIONALE DELL'ESERCITO DI FOLIGNO, PERIODO DAL 29.04.2024 AL 28.04.2025»”* e che *“Quanto al servizio di trasporto infermi a mezzo ambulanza in regime di emergenza centrale operativa 118, si richiamano i rapporti convenzionali con la CRI su tutto il territorio regionale”*.

2.7 L'integrazione con il Sistema Sanitario Nazionale

a) Protocolli d'intesa stipulati

Con la D.G.R. n. 599 del 14 giugno 2023 la Regione Umbria ha provveduto ad apportare modifiche alla normativa regionale (Regolamento regionale 26 settembre 2018, n. 10: *“Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private”* nonché al regolamento regionale 15 dicembre 2023, n. 9: *“Disciplina in materia di autorizzazioni sanitarie e sociosanitarie”*).

Peraltro, con detto regolamento regionale n. 9 del 15 dicembre 2023, che ha abrogato il precedente n. 6 del 2017, è stato previsto, all’art. 6, comma 2, che le organizzazioni pubbliche e private che erogano le cure domiciliari devono essere autorizzate all’esercizio. Il successivo comma 3 prevede che *“Per le organizzazioni pubbliche e private di cui alla lettera d) del comma precedente, ai fini del rilascio dell’autorizzazione allo svolgimento delle cure domiciliari, si applicano i requisiti riportati nell’Allegato B dell’intesa n. 151/CSR del 4 agosto 2021 che si intendono integralmente recepiti”*.

Per quanto riguarda il contenimento delle liste d’attesa, come detto in precedenza, talvolta si ricorre alle strutture private accreditate, convenzionate e convenzionabili acquistandovi prestazioni per le quali l’assegnazione del *budget* avviene previa pubblicazione di avviso per manifestazione di interesse e nel rispetto del criterio di prossimità territoriale delle prestazioni, in relazione alla residenza dei soggetti inclusi nei PdT (Percorsi di Tutela).

b) Convenzioni a vario titolo con strutture private ed altro

Per tale aspetto si rimanda all’Appendice 3 del presente referto.

2.8 I rapporti con Agenas

La Regione, al fine di garantire la sostenibilità del proprio SSR ha adottato, a partire dal 2022, specifiche misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa sanitaria, malgrado l’emergenza pandemica, la crisi energetica connessa con il conflitto russo-ucraino e l’elevato tasso di inflazione. Tali misure sono state riportate dapprima nella già citata D.G.R. n. 1024 del 5 ottobre 2022, successivamente nella D.G.R. n. 943 del 13 settembre 2023 e, dà ultimo, aggiornato per scorrimento al 2024 con la D.G.R. n. 796 del 7 agosto 2024⁷⁹. L’obiettivo tendenziale è il raggiungimento dell’equilibrio economico strutturale garantendo, allo stesso tempo, un miglioramento complessivo ed

⁷⁹ Per l’elaborazione del piano di efficientamento regionale la Regione ha chiesto la collaborazione di AGENAS.

una efficienza ottimale dei servizi sanitari; intervento prioritario in un'ottica di efficienza e di appropriatezza che, unitamente all'implementazione di nuove tecnologie e percorsi, tende a migliorare le cure prestate con conseguente ricerca della soddisfazione da parte dei pazienti. Con ciò garantendo a questi ultimi servizi sanitari di qualità, i LEA previsti ed una risposta celere, aggiornata e adeguata all'utenza.

Le misure individuate riguardano, in particolare, la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, una più efficiente gestione delle dinamiche relative al reclutamento e formazione del personale, il potenziamento delle strutture e dei servizi di erogazione e presa in carico dei cittadini, anche in un'ottica di reti assistenziali e di prevenzione, maggiori interventi tesi alla mobilità ed alla gestione delle liste di attesa e la pianificazione degli interventi e degli investimenti.

In tale contesto si colloca la collaborazione tecnico-operativa con AGENAS, che svolge tra l'altro, come già detto in precedenza, attività di supporto alle Regioni in ambito organizzativo, gestionale, economico e finanziario - contabile. L'Agenzia ha fornito alla Regione Umbria i seguenti principali contributi:

- impostazione e metodologia per la definizione di una prima ipotesi di conto economico *tendenziale* e *programmatico* del SSR per il triennio 2024-2026 attraverso l'invio di documenti che descrivono i relativi criteri posti a base;
- foglio di calcolo *excel* a supporto delle simulazioni ed elaborazioni a premessa della redazione del documento finale.

Tale forma di collaborazione ha portato ad una nuova formulazione del piano per il 2024 che ha così assunto una veste strutturale maggiormente organica, quale documento strategico di programmazione economica, contenente un'analisi economica tendenziale del SSR umbro per il 2024⁸⁰ ed un'analisi economico-programmatica⁸¹ sempre per lo stesso anno. Nel nuovo piano, i cui effetti potranno essere meglio apprezzati nelle prossime annualità, sono anche riportati i criteri utilizzati per la costruzione del conto sia *tendenziale* che *programmatico*.

⁸⁰ Che rappresenta le dinamiche insite nel SSR in un'ottica inerziale. La logica alla base è che, in assenza di interventi sul sistema, i costi sostenuti nel tempo sono destinati a variare perché influenzati da variabili esogene, quali l'inflazione. Tale analisi tiene anche conto dello scenario macroeconomico, geopolitico e sociale di riferimento caratterizzato da una forte incertezza internazionale, da estrema volatilità e da una crescente domanda di prodotti e servizi sanitari.

⁸¹ Che stima gli impatti economici degli interventi e delle manovre previste dalla programmazione regionale.

Gli obiettivi fissati dal Piano possono sintetizzarsi nel potenziamento dell'assistenza territoriale nelle sue diverse declinazioni e nella piena attuazione di una rete ospedaliera diversificata in centri *Hub & Spoke*, di reti tempo-dipendenti e dei relativi trasporti sanitari. Uno degli scopi prefissisi è costituito dal raggiungimento della continuità della presa in carico del paziente nelle sue diverse fasi: dalla prevenzione all'assistenza ospedaliera e territoriale. Per poter meglio stimare il bisogno assistenziale è ritenuto necessario poter disporre di una serie di elementi d'informazione quali la stima dei fabbisogni che emergono all'interno della popolazione residente attraverso anche la misurazione dei principali indicatori sviluppati ai vari livelli e di parametri di riferimento, resi disponibili a livello nazionale. *"La persona al centro"*, oltre che uno slogan, deve tradursi, anche utilizzando i fondi del PNRR, in un concetto d'azione che consenta di migliorare i servizi erogati a livello territoriale ed ospedaliero.

Giova ricordare altresì che l'efficientamento del SSR è strettamente correlato al raggiungimento di tali obiettivi per i DG delle Aziende sanitarie regionali (v. D.G.R. n. 759 del 1° agosto 2024 e *"Misurazione della performance"*). Sul punto si rinvia anche alla Relazione allegata alla Decisione di parifica n. 147/2024/PARI depositata in data 6 dicembre 2024, riferita al Rendiconto generale della Regione Umbria per l'esercizio finanziario 2023.

A prescindere da tali forme di collaborazione, con cadenza semestrale la Regione Umbria comunica ad AGENAS gli esiti del monitoraggio circa le aperture delle nuove strutture territoriali previste regionalmente.

Inoltre, con D.G.R. n. 1106/2022 recante *"Progetto Agenas – Regione Umbria finalizzato al supporto tecnico-operativo alla Regione Umbria nelle attività di analisi e monitoraggio della spesa sanitaria. Approvazione"* la Regione, come già evidenziato, al fine di rafforzare il percorso di efficientamento e di riqualificazione, ha avviato una collaborazione con AGENAS, la quale svolge anche compiti di supporto delle attività regionali di valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi, al fine di definire lo standard ottimale di personale per ogni struttura operativa del SSR.

Recentemente, il D.L. 7 giugno 2024, n. 73, convertito nella legge 29 luglio 2024, n. 107, ha avuto un impatto significativo sul sistema sanitario italiano, attribuendo ad AGENAS un ruolo di coordinamento più incisivo, in particolare per quanto riguarda l'uniformità e l'efficienza dei servizi sanitari regionali. Questa evoluzione normativa non si limita a prevedere un semplice ampliamento di poteri, ma implica anche una

responsabilizzazione delle Regioni nell'ambito della gestione delle liste di attesa e nell'ottimizzazione delle risorse destinate alla salute pubblica.

In tal proposito, la Regione Umbria si sta attivando per adeguarsi alle direttive di AGENAS, sia attraverso l'adozione di misure di coordinamento e monitoraggio, che mediante l'implementazione pratica di strumenti come la piattaforma nazionale delle liste di attesa. Tale strumento ha l'obiettivo di garantire una maggiore trasparenza e accessibilità alle informazioni riguardanti i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, contribuendo in questo modo a soddisfare le esigenze dei cittadini e a migliorare la qualità del servizio offerto.

Parallelamente, la Regione è chiamata a un utilizzo strategico e mirato dei fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che sono stati indicati come essenziali per il rilancio e la modernizzazione del sistema sanitario. Il portale della trasparenza rappresenta uno degli strumenti attraverso i quali la Regione potrà non solo rendere conto delle spese e degli investimenti effettuati, ma anche coinvolgere i cittadini in un percorso di co-creazione della *governance* sanitaria.

In sintesi, la Regione Umbria, adeguandosi alle direttive di AGENAS, sta intessendo una complessa rete di collaborazioni e strategie, mirato a garantire un sistema sanitario più efficiente, trasparente e rispondente alle esigenze dei propri cittadini. Questo processo di adattamento richiederà un impegno costante nella definizione di modalità operative, tempistiche e procedure che possano allinearsi non solo con le normative vigenti, ma anche con le aspettative sociali e i requisiti imposti dagli sviluppi recenti nel panorama sanitario nazionale.

2.9 La ricerca

La ricerca biomedica nel nostro Paese è caratterizzata da aspetti apparentemente contrastanti. A fronte della debolezza strutturale - finanziamenti nettamente inferiori rispetto ai nostri competitori internazionali e sostegno trascurato in modo cronico - i nostri ricercatori fanno miracoli.

La situazione della ricerca biomedica in Italia è complessa, caratterizzata da alcuni elementi che, pur sembrando contraddittori, si intersecano per formare un quadro nel quale la resilienza e l'ingegno dei ricercatori emergono come fattori chiave per il successo. Da un lato, la ricerca biomedica italiana soffre di una debolezza strutturale,

acuita da una scarsità di finanziamenti; rispetto ad altre nazioni, come Stati Uniti, Germania o Regno Unito, gli investimenti pubblici e privati in ricerca e sviluppo sembrano soprattutto insufficienti. Tale situazione, ha conseguenze dirette sulla capacità di attrarre e mantenere talenti e incide negativamente sulla capacità di investire in tecnologie all'avanguardia, laboratori moderni e studi clinici su larga scala. Dall'altro lato, ciò che caratterizza l'attività di ricerca italiana è la capacità dei ricercatori di produrre risultati di alto livello anche in condizioni avverse. Al riguardo, basta pensare a due esempi. Il primo è costituito dalla sopravvivenza media dei malati di cancro, che in Italia è pari, se non spesso superiore, alla media europea, con livelli assicurati dal nostro SSN del tutto confrontabili a quelli del Nord Europa dove gli investimenti dedicati sono di gran lunga superiori. E ciò sia grazie all'assistenza clinica e alla qualità della ricerca in campo oncologico. Il secondo è rappresentato dalla capacità dei giovani ricercatori italiani di classificarsi ai primi posti nella più complessa e ambita competizione, anche per livello di finanziamento, in Europa, l'"*Erc Starting e Consolidation Grant*"⁸², e, ciò nonostante, gli investimenti italiani nella ricerca siano di molto inferiore rispetto ai *competitors* francesi e tedeschi.

In sintesi, le principali criticità e debolezze del sistema italiano, sulla base dell'esperienza maturata, possono individuarsi nei seguenti aspetti:

- i finanziamenti: nonostante il favorevole momento dovuto ai fondi del PNRR, dopo questi occorrerà programmare a medio - lungo termine avendo cura di creare meccanismi qualificanti propri del settore, quali sportelli affidabili di finanziamento e *grant* individuali. I primi costituiscono il vero motore di innovazione, ma non sono presenti in numero sufficiente e, pertanto, non è possibile procedere ad una programmazione di bandi che copra l'intero spettro della ricerca con proposte valutate secondo standard internazionali di qualità, flessibilità e reportistica. I secondi, che in precedenza finanziavano i singoli ricercatori, sono del tutto scomparsi, come anche i finanziamenti a rete con strutture pubbliche e private.

In parte sopperiscono ai finanziamenti le catene di solidarietà e le fondazioni private, ma non sono sufficienti a rendere attrattivo il sistema italiano. Inoltre, spesso i ricercatori italiani quando ottengono finanziamenti sviluppano poi all'estero i progetti di ricerca, mentre non si registrano fenomeni inversi;

⁸² Una sorta di olimpiade della ricerca.

- gli impedimenti burocratici, che comportano costi in termini di tempo, risorse ed attenzione senza apportare alcuna utilità;

- il trasferimento tecnologico. In molte comunità, ad esempio in Germania ed in Inghilterra, vengono sottolineati i risultati delle cosiddette *unicorn companies*, compagnie di biotecnologie che hanno avuto successo scientifico ed economico. La copertura brevettuale ed il trasferimento tecnologico costituiscono un grande beneficio scientifico ed economico per il sistema pubblico e per le strutture di ricerca pubbliche e private; basti pensare a BioNTech, all'Università di Mainz ed a quella di Lovanio, che hanno messo a frutto in modo magistrale l'imprenditorialità accademica.

Tuttavia, occorre rilevare che qualche piccolo passo avanti si sta facendo. I contributi del 5x1000 destinati alla ricerca si incrementano di anno in anno, come pure la qualità e l'interesse dei giovani. La capacità italiana di fare ricerca nelle condizioni più difficili e, non ultimo, il SSN costituito da ospedali pubblici e privati accreditati, costituiscono ormai una grande piattaforma di studio e di sperimentazione clinica al servizio della comunità.

Per il futuro, l'innovazione sarà, assieme alla qualità misurata attraverso appositi indicatori, all'efficacia ed all'appropriatezza diagnostica e terapeutica, un pilastro fondamentale per la sopravvivenza e la sostenibilità sia del sistema di ricerca sia del SSN: la sfida alla quale rispondere in modo unitario sarà quella di sostenere i nostri medici e ricercatori perché siano capaci di coniugare la ricerca di frontiera tecnologica di alto profilo ed i bisogni dei più deboli.

In Umbria, stante anche la presenza di industrie farmaceutiche e similari, la Regione, già nel 2017, aveva sottoscritto un protocollo con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche (IZSUM) creando un proprio Centro integrato per la ricerca biomedica⁸³, che sarà trattata anche nel successivo paragrafo 2.10. per quanto riguarda le attività che sono finanziate con i fondi del PNRR, e dei servizi sanitari nonché per la valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA- *High technology assessment*) del SSR. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche sono i settori dove meglio si sviluppano le

⁸³ Essa comprende la ricerca preclinica e clinica in genomica, proteomica, metabolomica, *systems biology* o *biological networks*.

attività, senza trascurarne altri strettamente connessi con il SSR, tra i quali la ricerca clinico-assistenziale⁸⁴ e quella dei servizi sanitari⁸⁵.

Non va, infine, sottovalutato l'inserimento di pazienti in protocolli di ricerca che, oltre a rappresentare una importante risorsa per la cura di particolari patologie, può far pervenire a scoperte che, oltre a rafforzare l'immagine del SSR, possono rappresentare una importante risorsa in termini di reperimento di finanziamenti da impiegare nella ricerca stessa.

In sintesi, in riferimento alla ricerca medica in Umbria, si rende necessario evidenziare l'importanza di una pianificazione strategica volta a garantire un utilizzo efficiente delle risorse allocate, sia di natura finanziaria che umana. L'analisi dei risultati ottenuti in ambito scientifico, nonché l'adeguata valorizzazione delle collaborazioni tra enti pubblici e privati, rappresentano elementi fondamentali per un'accresciuta competitività del sistema sanitario regionale. È necessario, pertanto, intraprendere azioni finalizzate all'innovazione tecnologica e alla formazione continua degli operatori del settore, al fine di migliorare non solo la qualità della ricerca, ma anche lo sviluppo delle terapie. Infine, è auspicabile un monitoraggio costante e trasparente, onde garantire la rendicontazione e la responsabilità nell'utilizzo delle risorse pubbliche destinate alla ricerca medica.

La Regione, con la nota del 16 dicembre 2024, ha fatto presente che, con riguardo alla ricerca sanitaria, la stessa partecipa al bando nazionale della ricerca finalizzata ed ha riferito che *“in tale bando [...] ha svolto e svolge il ruolo di Destinatario istituzionale ovvero rappresenta il regista del sistema assieme al Ministero della salute per porre a bando competitivo circa 50.000.000 di euro all'anno derivanti dal Fondo Sanitario Nazionale permettendo così ai ricercatori più meritevoli l'accesso a cospicui finanziamenti”* fornendo, altresì, l'elenco dei progetti di cui è, attualmente, *“Destinatario istituzionale”*⁸⁶. L'Amministrazione ha

⁸⁴ Essa comprende studi clinici di fase I, II e III per testare l'applicazione di nuove tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi, attrezzature diagnostiche, nuovi modelli organizzativi, ecc.).

⁸⁵ Essa comprende gli studi comparativi finalizzati alla valutazione di efficacia degli interventi sanitari condotti nel *setting* della pratica clinica generale, studi epidemiologici della popolazione, studi di implementazione, impatto clinico, metodologie di verifica e controllo *in itinere* o *ex post* di interventi sanitari diagnostico - terapeutici di comprovata efficacia teorica.

⁸⁶ In dettaglio:

“1. RF-2016-02362264 *“HAIRY CELL LEUKEMIA: TOWARD A CHEMOTHERAPY-FREE TARGETED THERAPY CENTERED AROUND BRAF INHIBITION”*: 900.000,00 euro;

2. RF-2016-02364383 *“ADOPTIVE IMMUNOTHERAPIES WITH REGULATORY AND CONVENTIONAL T CELLS AND/OR NATURAL KILLER CELLS: SAFE AND EFFECTIVE STRATEGIES TO MINIMIZE THE RISK OF*

precisato che “la gestione delle risorse finanziarie assegnate, così come i risultati raggiunti dai ricercatori, sono sottoposti ad un rigoroso controllo tramite un sistema dedicato web-based⁸⁷ [...] ove partecipa la Regione Umbria ed il Ministero della Salute”.

Inoltre, sono stati evidenziati ulteriori n. 5 progetti di ricerca in corso di gestione finanziati a valere sulle risorse PNRR, nell’ambito degli investimenti M6-C2-I-2.1.1 “Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN”, per un finanziamento complessivo di euro 4.890.000,00⁸⁸. A tale proposito, si precisa che i n. 2 progetti riferiti

3. LEUKEMIA RELAPSE AFTER ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION”: 450.000,00 euro;

4. RF-2019-12368793 “GENETICS-DRIVEN TARGETED THERAPY OF CLASSICAL HODGKIN LYMPHOMA”: 450.000,00 euro.

Per il Bando anno 2024, attualmente in svolgimento, vi sono i seguenti progetti validati dalla Regione Umbria e trasmessi al Ministero della Salute per la successiva valutazione:

1. RF-2024-12380066 “Environmental pollutants exposure and fertility: unravel novel multi-omics signatures as biomarkers of human male infertility”;

2. GR-2024-12377658 OMICS-TAILORED PROBIOTIC SUPPLEMENTATION INTERCEPTING PEDIATRIC

3. CELIAC DISEASE ONSET: AN OPEN-LABEL PROOF-OF-CONCEPT STUDY FROM THE CD-GEMM COHORT;

4. GR-2024-12379196 “Disentangling AhR reactome complexities for next-generation therapy of sepsis”;

5. RF-2024-12379691 “Late-Onset Epilepsy: Comprehensive Phenotypic Characterization through Neuropsychological Profiling, Plasma Biomarkers, and Advanced Brain Imaging for Understanding Cognitive Trajectories”;

6. RF-2024-12380235 “Impact of urinary microbiome on epigenetic modifications to characterize bladder cancer phenotypes”;

7. RF-2024-12377238 “Reshaping the tumor microenvironment: targeting tryptophan metabolism in mature dendritic cells to revitalize immune reactivity against melanoma”;

8. GR-2024-12379326 “Extracellular Vesicles from Neural Stem Cell as Drug Delivery System for the Treatment of Glioblastoma Multiforme”;

9. RF-2024-12377619 “Multi-omic Profiling of Circulating Extracellular Vesicles as Novel Biomarkers and Therapeutic Targets of Stroke”;

10. RF-2024-12380381 “Effects of SARS-CoV-2 on frailty in the elderly in central Italy evaluated by integrating clinical and basic research”;

11. RF-2024-12378276 “Exploiting Donor Adoptive T cell Immunity to Build a Novel Therapeutic Platform Against High-Risk Leukemia”;

12. GR-2024-12380330 “Establishment of a preclinical research platform to uncover the role of extracellular vesicles in pregnancy-associated immune modulation and neuroprotection in multiple sclerosis”;

13. RF-2024-12377411 “Exploring the nasal microbiota-immune dynamics for predictive and precision medicine in respiratory infections and neuro inflammation”;

14. GR-2024-12380570 “Tailored Pressurized Intraperitoneal Aerosol Chemotherapy (PIPAC) for peritoneal metastases based on a drug-screening platform in patient-derived organoids”;

15. RF-2024-12379824 “REthinking PCSK9 inhibitoRs: clinical Evidence and implementation in inflammATIOn and autoimmunity”;

16. RF-2024-12378126 “Decision making on the use of anticoagulants and antidotes in patients with atrial fibrillation having thrombotic or bleeding complications: laboratory testing, imaging and clinical features to inform artificial intelligent systems and improve appropriate drug use”.

⁸⁷ Workflow della ricerca- <https://ricerca.cbim.it/>

⁸⁸ In particolare, trattasi di n. 5 progetti relativi a due avvisi:

“PNRR primo avviso

1. Progetto di ricerca (PNRR-POC-2022-12375810) M6C2I2.1.1 (progetto di ricerca finanziato con voucher PoC): “Design and proof-of-concept manufacturing of novel chimeric antigen receptor (CAR) T cells carrying proprietary monoclonal antibody-derived single-chain(s) against CD79b +/- PDL1, to improve cellular immunotherapy against

al “primo avviso”, per un finanziamento complessivo di euro 2.000.000,00, trovano riscontro nella “Tabella 9 – Interventi PNRR certificati, pianificati e in corso di elaborazione, nell’ambito della Missione 6 - Salute alla data del 31 dicembre 2023” riportata al paragrafo 2.10, nonché nei dati forniti dall’Amministrazione alla Sezione delle Autonomie mediante la compilazione della “Tabella PNRR”, mentre quelli riferiti al “secondo avviso”, non sono presenti nei richiamati elaborati, ma risultano comunque censiti in ReGiS, dal quale risulta soggetto attuatore il Ministero della Salute.

2.10 Il PNRR – Missione 6

L’attuazione dei progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) assume sempre maggiore rilevanza nell’ambito delle politiche pubbliche nazionali e, per quanto di rilievo in questa sede, soprattutto in ambito sanitario.

In relazione alle necessità di adeguamento, sotto il profilo organizzativo, alle esigenze correlate all’attuazione del PNRR, in particolare di gestione efficace degli impegni di spesa e di conseguimento degli obiettivi nei tempi previsti, l’Amministrazione regionale

lymphomas and myeloma and to overcome immune checkpoint resistance”. Finanziamento complessivo pari ad 1.000.000,00 di euro.

2. Progetto di ricerca (PNRR-MAD-2022-12376035) M6C2I2.1.3 (progetto di ricerca finanziato per malattie altamente invalidanti): “Toward molecular profiling of Parkinson’s disease in easily accessible biological matrices”. Finanziamento complessivo pari ad 1.000.000,00 di euro.

PNRR 2 secondo avviso

1. Progetto di ricerca (PNRR-MCNT2-2023-12378380) M6C2I2.1 (progetto di ricerca finanziato per Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socioassistenziali): “TIRESIA: Digital Twin, Immunity, and microRNA in the Evolution of Stroke In the Acute phase”. Finanziamento complessivo pari a 890.000,00 euro.

2. Progetto di ricerca (PNRR-TR1-2023-12377052) M6C2I2.1 (progetto di ricerca finanziato per Tumori Rari (TR)): “IMPATHY-AML: Integrating Molecular and digital PATHologY to track new response biomarkers in high-risk Acute Myeloid Leukemia during treatment”. Finanziamento complessivo pari a 1.000.000,00 di euro.

3. Progetto di ricerca (PNRR-MCNT2-2023-12378450) M6C2I2.1 (progetto di ricerca finanziato per Malattie Croniche non Trasmissibili (MCnT) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socioassistenziali): “Correlation between microbiome and outcome in patients with rectal adenocarcinoma treated with neoadjuvant chemoradiation and radical surgery”. Finanziamento complessivo pari a 1.000.000,00 di euro”.

ha istituito, con D.G.R. n. 715 del 28 luglio 2021, una Cabina di regia politica⁸⁹, un Coordinamento tecnico⁹⁰ e una *Task force* operativa⁹¹.

In particolare, per l'attuazione del PNRR Sanità sono stati istituiti (D.G.R. n. 1249 del 10 dicembre 2021) i seguenti organi:

1) Comitato di governo tecnico - strategico, composto dall'Assessore alla Salute e Politiche sociali, dal Direttore regionale Salute e *Welfare* e dall'Amministratore Unico di Umbria Salute e Servizi S.c. a r.l. (dal 1° gennaio 2022 Amministratore Unico Punto Zero S.c.a r.l.), con funzioni di:

- a) pianificazione strategica delle progettualità del PNRR relative alla sanità e coordinamento delle stesse con la programmazione regionale (Piano sanitario regionale; Programmazione europea 2021-2027 e ulteriori scelte programmatiche relative ad altre tipologie di finanziamento);
- b) interfaccia con la struttura di *governance* regionale di cui alla D.G.R. n. 715/2021, al fine di coordinare gli interventi in un quadro unitario regionale;

⁸⁹ La cabina di regia, sotto la guida della Presidente della Giunta regionale e dell'Assessore alla Programmazione europea, bilancio e risorse umane, nonché con la presenza di tutti gli Assessori, ha il compito di:

- presidiare l'attuazione del PNRR nazionale in Umbria, favorendo la partecipazione del sistema regionale alle opportunità offerte dal PNRR nazionale, curando il dialogo con le amministrazioni responsabili degli interventi, con il partenariato socioeconomico, nonché con i diversi livelli di governo nazionale;
- assicurare il coordinamento con la programmazione europea e con gli altri strumenti di programmazione;
- adottare tutte le iniziative possibili per assicurare l'avanzamento delle progettualità che saranno finanziate.

⁹⁰ Il Coordinamento tecnico, composto dal Comitato di direzione e dal Dirigente del Servizio Pianificazione e coordinamento fondi europei e nazionali e - in relazione alle materie e all'occasione - allargato al Dirigente Servizio Partecipate e ai Presidenti/ Amministratori delle società partecipate, Agenzie, Enti strumentali della Regione, ha il compito di:

- coordinare la complessiva attività di attuazione del PNRR nazionale in Umbria attuando tutte le misure tecniche necessarie alla massima attrazione di risorse nazionali in Regione;
- verificare l'avanzamento del Piano, individuando eventuali criticità ed elementi di rischio che dovranno essere segnalati alla cabina di regia politica;
- tradurre in opportuna operatività tecnico-organizzativa le indicazioni della cabina di regia politica;
- assicurare le forme di integrazione e coordinamento tra le programmazioni.

⁹¹ La *Task force* operativa, coordinata dal dirigente del Servizio Pianificazione e coordinamento fondi europei e nazionali, con il supporto del Dirigente servizio partecipate, è composta da: (i) personale con funzioni operative individuato tra responsabili di posizione organizzativa, personale delle Direzioni regionali, personale PRA (assunto per il rafforzamento dell'amministrazione regionale nella gestione dei fondi comunitari 2014-2020), in base alle competenze specifiche; (ii) personale con funzioni operative individuato tra le società partecipate della Regione e coordinato dal Dirigente del Servizio Indirizzi e controllo delle società partecipate, Agenzie ed Enti strumentali, che concorreranno per le materie di specifica competenza. Alla *Task force* compete la progettazione operativa/attuativa dei progetti o interventi già individuati o nuovi, l'attuazione delle progettualità finanziate, il monitoraggio dell'avanzamento, la cura dei connessi adempimenti operativi, il *project management* complessivo. Le unità di personale che parteciperanno alla *Task force* saranno stabilite d'intesa tra il dirigente responsabile del Servizio Pianificazione e Coordinamento dei fondi europei e nazionali, i relativi Direttori regionali e il Responsabile del PRA.

- c) raccordo con i servizi della Direzione regionale Salute e *Welfare* e le Aziende sanitarie regionali per garantire la coerenza tra le azioni di sistema e quelle di sviluppo delle progettualità PNRR.
- 2) *Task force* operativa, costituita, per gli adempimenti di rispettiva competenza istituzionale, da:
- a) i servizi della Direzione regionale Salute e *Welfare* (funzioni di programmazione, indirizzo e controllo);
 - b) le Aziende sanitarie regionali (per le attività di supporto alla progettazione, di realizzazione, gestione e rendicontazione dei progetti);
 - c) Umbria Salute e Servizi S.c. a r.l, dal 1° gennaio 2022 Punto Zero S.c.a r.l, con il personale messo a disposizione per le attività di progettazione operativa/attuativa dei progetti o interventi già individuati o nuovi, l'attività di *project management* e monitoraggio dei progetti.

La Regione si è, poi, dotata di un responsabile dell'esecuzione del PNRR (art. 8, comma 6, d.m. 11 ottobre 2021⁹²), individuata nella figura del Dirigente responsabile del servizio pianificazione e coordinamento dei fondi europei e nazionali, al quale fa riferimento anche la struttura PNRR Sanità.

La *governance*, disegnata con la D.G.R. n. 715/2021 ed aggiornata con la D.G.R. n. 1294/2021, soprarichiamate, è stata ulteriormente modificata ed integrata con le D.G.R. n. 450/2022 e D.G.R. n. 638/2022.

In particolare, con la D.G.R. n. 450/2022, la cabina di regia politica, di cui alla D.G.R. n. 715/2021, è stata integrata prevedendo la partecipazione del Presidente ANCI Regionale, dai Presidenti delle Province di Perugia e Terni e dal Presidente di UNCEM (Unione nazionale Comuni Comunità enti montani); inoltre, con la citata deliberazione regionale è stata altresì istituita la cabina di regia tecnica di supporto. Entrambe le cabine sono presiedute dall'Assessore alla Programmazione europea, bilancio e risorse umane e patrimoniali⁹³.

⁹² Ai sensi dell'art. 8, comma 6, del d.m. 11 ottobre 2021, "Il responsabile dell'esecuzione del PNRR presso ciascuna amministrazione monitora la situazione delle irregolarità, dei recuperi e delle restituzioni ed assume le relative determinazioni, dandone apposita comunicazione al Servizio centrale per il PNRR per gli adempimenti di competenza."

⁹³ La cabina di regia tecnica, coordinata dal responsabile del PNRR, ha il compito di sostenere e rappresentare per l'Assessore la fonte principale di tutte le informazioni relative allo stato di attuazione del Piano territoriale e del PNRR; costituisce strumento operativo attraverso il quale realizzare gli obiettivi progettuali del Piano. A sostegno del responsabile del PNRR è stato istituito un *Team* di gestione e

Con riferimento all'attuazione degli interventi del PNRR relativi alla Missione 6 – Salute, la Regione Umbria con la citata D.G.R. n. 1249/2021 si è dotata di una struttura specifica – composta da un Comitato di governo tecnico - strategico e da una *Task Force* operativa – che, secondo quanto riferito, alla luce degli indirizzi forniti dall'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR afferente al Ministero della salute, ha messo in atto tutte le azioni volte al rispetto delle *milestones* e dei *target* fissati. In particolare, vista l'intesa sancita in data 12 febbraio 2022 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. di Trento e Bolzano sullo schema di Decreto del Ministero della salute 20 gennaio 2022, concernente la determinazione del riparto delle risorse, la Giunta regionale, con D.G.R. n. 152/2022, ha approvato le modalità di dislocazione ed i relativi finanziamenti delle Case di comunità, degli Ospedali di comunità e delle Centrali Operative Territoriali; inoltre, con D.G.R. n. 154/2022, ha adottato lo schema di Piano operativo regionale (POR), comprensivo di *Action Plan* e schede d'intervento.

In seguito, alla luce delle direttive impartite dalla citata Unità di Missione, con il supporto di AGENAS, al fine di rispettare tutte le *milestones* ed i *target* previsti, la Giunta regionale ha adottato la D.G.R. n. 516/2022 “PNRR MISSIONE 6 SALUTE. Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome e Piano Operativo Regionale. Adempimenti di cui alla Direttiva del Ministero della Salute UMPNRR n. 7 dell'8 aprile 2022”.

Il contratto istituzionale di sviluppo è stato sottoscritto il 30 maggio 2022, con raggiungimento, secondo quanto rappresentato, della *milestone* al 30 giugno 2022, “Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo”, di cui alla tabella “B” del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021; conseguentemente la Giunta regionale con D.G.R. n. 662 del 30 giugno 2022 ha approvato gli schemi delle deleghe amministrative alle Aziende sanitarie regionali, individuando le stesse quali soggetti attuatori esterni per mezzo dei quali dare esecuzione agli interventi in base alla relativa competenza territoriale.

monitoraggio per fornire supporto informativo nell'assunzione delle decisioni. Il sistema di monitoraggio del PNRR è stato pensato quale strumento di controllo sul raggiungimento degli obiettivi di smaltimento e semplificazione delle procedure e sullo stato di avanzamento dei progetti, così come richiesto dal Dipartimento Funzione Pubblica.

Infine, nel rispetto del cronoprogramma dei M&T (*milestones e targets*) contenuti nel Piano e ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.M. 77/2022⁹⁴, con D.G.R. n. 1329 del 14 dicembre 2022 la Giunta regionale ha approvato il documento avente ad oggetto *“Riorganizzazione assistenza territoriale in Umbria come indicato dal D.M. n. 77/2022”*, riguardante l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al suddetto decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 - Componente 1 del PNRR. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede, alla Missione 6 - Salute, risorse da destinare a riforme ed investimenti finalizzati a rafforzare i servizi sanitari territoriali, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire l'equità di accesso alle cure.

A tal fine la Regione Umbria ha adottato un modello di assistenza proattiva, di cui si è già parlato in precedenza, con l'obiettivo di tendere ad una sanità basata sulla differenziazione e sulla contestualizzazione dei percorsi assistenziali come di seguito specificato:

“1. prese in carico degli over 65, il target previsto per il 2022 era stato di 14297 e la quota raggiunta dalla Regione Umbria - così come esplicitato nell' allegato al verbale della riunione ufficiale con il Nucleo Tecnico - era stata di 22441 assistiti. A seguito del target ampiamente raggiunto si è proceduto con accertamento ed impegno per l'annualità 2022 come previsto da normativa. Anche per il 2023 il target è raggiunto e superato e nella fattispecie i dati dei primi 9 mesi del 2023 riportano una presa in carico degli over 65 di 23424 (oltre target di 5634 assistiti). In progress l'ultimo trimestre del 2023 che comunque si mantiene con un trend in linea;

2. POR che non prevede più il solo raggiungimento del target delle prese in carico degli over 65, ma le attività atte all'investimento della quota "Risorse PNRR" che per la Regione Umbria ammonta a 41.311.187 € da utilizzare per l'accrescimento delle convenzioni con organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari (sempre in un'ottica di ampliamento delle prese in carico degli over 65). Nel rispetto del cronoprogramma all'interno del POR si è proceduto - con DGR 599 del 14/06/2023 - ad un primo step utile per l'adeguamento della normativa Regionale;

⁹⁴ Il Decreto Ministero della salute n. 77 del 23 maggio 2022 recante *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”* all'art. 1, comma 2, prevede che: *“Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell' Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento”*.

3. aperture delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità che proseguono nelle loro progressive aperture. Nella fattispecie dal 2022 sono attive le Case di Comunità di Città della Pieve e Trevi. Nel 2023 hanno aperto le Case di Comunità di Marsciano e quella di Amelia (non rientrante nei fondi PNRR). Per ciò che concerne gli Ospedali di Comunità dal 2022 sono attivi gli Ospedali di Comunità di Marsciano e Spoleto. Nel 2023 hanno aperto gli Ospedali di Comunità di Assisi, Marsciano, Città della Pieve, Branca e Amelia. Con DGR n. 912/2023 sono state approvate le linee di indirizzo regionali per gli OdC;

4. COT, per le quali sono invece in corso gli ultimi incontri per definire i processi (casi d'uso), che la componente informativa poi svilupperà tramite l'utilizzo del software già acquisito che permetterà le transizioni nei vari setting assistenziali." ⁹⁵

Più nel dettaglio si evidenziano gli interventi certificati, pianificati e in corso di elaborazione, nell'ambito della Missione 6 - Salute alla data del 31 dicembre 2023. Nella relazione della Giunta al rendiconto dell'esercizio finanziario 2023 viene inoltre sottolineato che i dati riportati nella tabella che segue, sono riferiti a quanto inserito nel sistema REGIS⁹⁶ dai competenti RUP (Responsabili unici dei progetti) e viene precisato altresì che la colonna *impegno* si riferisce alle obbligazioni giuridicamente vincolanti sottoscritte dai competenti soggetti attuatori. Si specifica, tra l'altro, che la totalità delle risorse iscritte nel bilancio regionale in conto capitale assegnate alla Regione per l'attuazione degli investimenti sono state accertate e impegnate nell'annualità di competenza, mentre le altre iscritte in parte corrente sono state accertate e impegnate sulla base delle risorse attribuite nelle diverse annualità riportate nei rispettivi decreti di riparto.

Tabella 9 – Interventi PNRR certificati, pianificati e in corso di elaborazione, nell'ambito della Missione 6 - Salute alla data del 31 dicembre 2023

Linea di investimento	Target	Importo assegnato PNRR	Importo assegnato altre fonti	% Impegni	% Pagamenti
M6-C1-I 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	17	€ 24.570.823,57	€ 2.222.387,26	32%	2%
M6-C1-I 1.2.1 Assistenza Domiciliare	22.085	€ 41.311.187,00	€ 32.537.208,00	-	-
M6-C1-I 1.2.2.1 COT edilizia	9	€ 1.557.675,00		55%	6%
M6-C1-I 1.2.2.2 COT interconnessione		€ 639.643,13			
M6-C1-I 1.2.2.3 COT device		€ 870.445,70			

⁹⁵ Cfr. Relazione della Giunta regionale, allegata alla D.G.R. 716 del 18 luglio 2024.

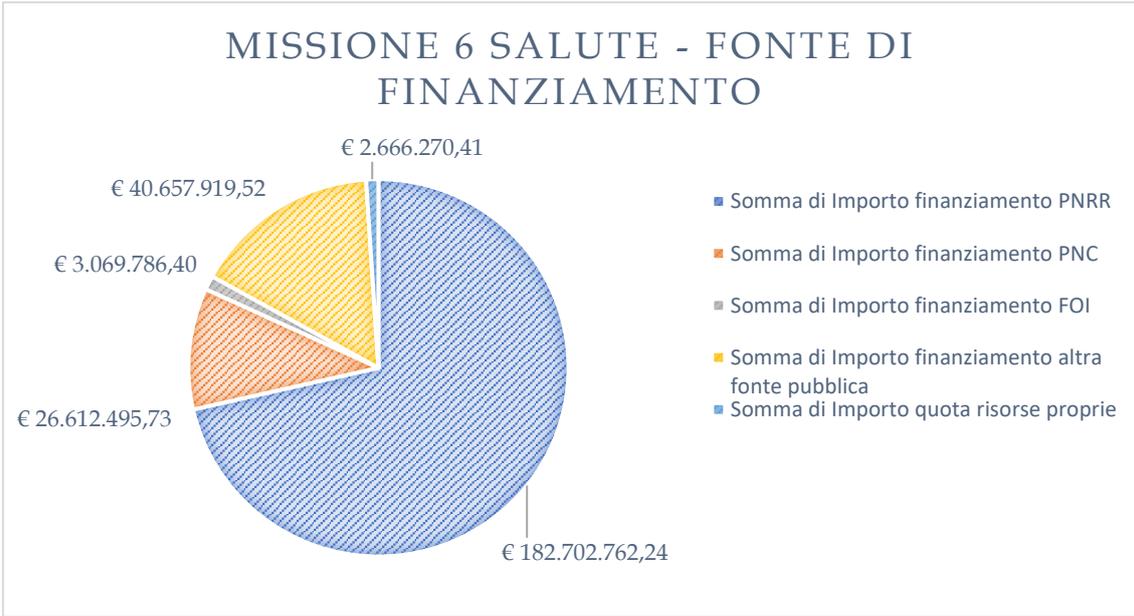
⁹⁶ Sistema sviluppato dalla Ragioneria generale dello Stato, come previsto dalla legge di bilancio 2021 e dal D.P.C.M. del 15 settembre 2021, per poter adempiere da parte delle Amministrazioni in senso lato agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

M6C1I1.2.3 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	8.805	€ 13.270.759,00		-	-
M6-C1-I 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e sue strutture (Ospedali di Comunità)	5	€ 13.402.267,40	€ 402.899,14	25%	2%
M6-C2-I 1.1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello)	7	€ 19.434.761,98		29%	-
M6-C2-I 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)	43	€ 15.937.373,29		64%	5%
M6-C2-I 1.2.1 Verso un ospedale sicuro e sostenibile PNRR	2	€ 8.562.053,05	€ 121.500,00	65%	2%
M6-C2-I 1.2.1 Verso un ospedale sicuro e sostenibile PNC	1	€ 19.433.287,73		-	-
M6-C2-I 1.3.1.2 b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni - Adeguamento Tecnologico	85% MMG	€ 4.531.429,53		-	-
M6-C2-I 1.3.1.2 b) Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni - Competenze digitali (formazione e comunicazione)		€4.168.606,00		-	-
M6-C2-I 1.3.2.2.1 a) Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali	4	€ 406.088,70		-	-
M6-C2-I 2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	2	€ 2.000.000,00		-	-
M6-C2-I 2.2.1 borse aggiuntive in formazione di medicina generale	36	€ 1.359.640,08		-	-
M6-C2-I 2.2.2 corso di formazione in infezioni ospedaliere	4385	€ 1.196.036,40		-	-
M6-C2-I 2.2.3 corso di formazione manageriale	62	€ 248.000,00		-	-

Fonte: Relazione della Giunta al Rendiconto 2023

L'Amministrazione regionale, in ottemperanza a quanto disposto dalla deliberazione della Sezione delle autonomie n. 6/SEZAUT/2024/INPR, ha inviato i dati richiesti dai quali si evince, tra l'altro, l'avanzamento finanziario alla data del 31 dicembre 2023 e lo stato procedurale del progetto al 30 giugno 2024 degli interventi finanziati a valere sul PNRR. Dalla elaborazione di tali dati e, limitatamente alla Missione 6 - Salute, risulta che le risorse complessive sono pari a 255.709.234,30 euro corrispondenti a un totale di n. 152 progetti (CUP - codice unico di progetto).

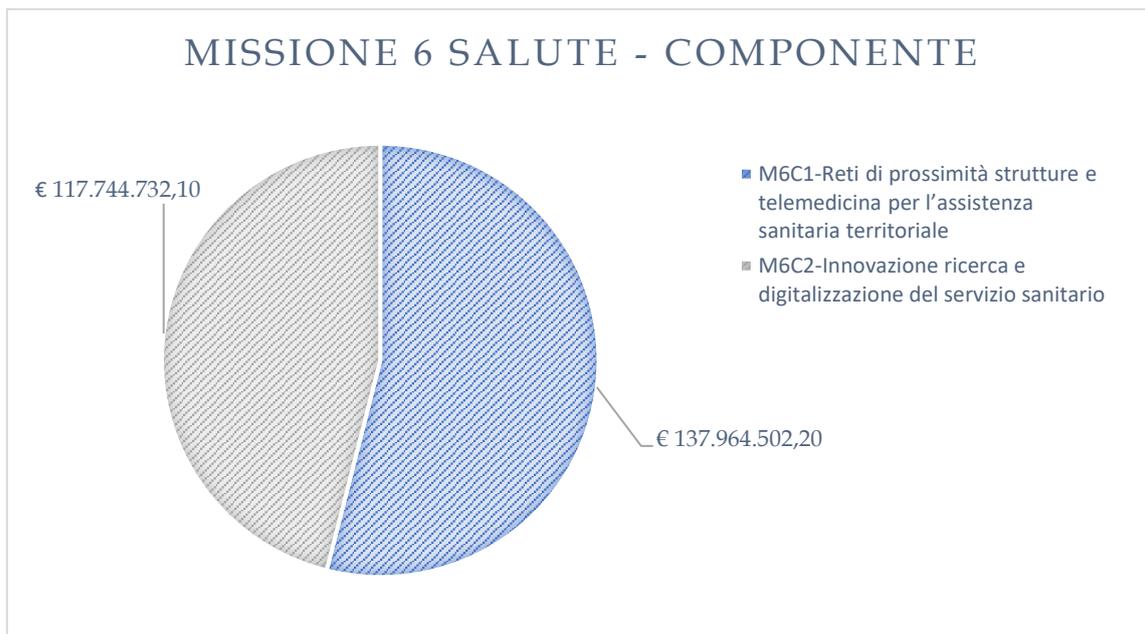
Grafico 3 - PNRR - Missione 6 Salute - Regione Umbria - Dettaglio fonti di finanziamento



Fonte: Elaborazione Corte dei conti

Gli interventi di cui alla richiamata Missione 6 – Salute, sono finanziati per il 72% da risorse PNRR, per il 10% da Piano Nazionale Complementare (PNC), per l’1% con il Fondo opere indifferibili e, in forma residuale (17%), con altre forme di finanziamento.

Grafico 4 – PNRR - Missione 6 Salute – Regione Umbria - Componente



Fonte: Elaborazione Corte dei conti

Nella missione M6-C1-I 1.1 denominata “Case della Comunità e presa in carico della persona”, rientrano n. 17 interventi relativi specificatamente alle Case della comunità, la cui ultima fase procedurale scaduta il 30 giugno 2024 risulta essere: per il CUP F31B21006630001 (Amelia), la fase di progetto preliminare; per il CUP F18I22000480006 (Città di Castello) la fase di progetto definitivo; per gli ulteriori n. 15 CUP⁹⁷, la fase di stipula del contratto. Si evidenzia che, rispetto ai dati forniti dall’Amministrazione alla Sezione delle Autonomie mediante compilazione della “Tabella PNRR”, dalla Piattaforma ReGiS risulta che per l’intervento relativo alla CdC di Perugia, Via XIV Settembre, il relativo CUP (F93D22000280006) si trova, alla data attuale, nello stato “cancellato”, mentre è presente un ulteriore intervento, relativo alla CdC di Perugia-Monteluce Via del Giochetto (CUP F97H24001570006), attualmente “in corso”. Al riguardo, si evidenzia che dalla Deliberazione D.G. dell’Azienda USL Umbria n. 1, n. 808 del 12 luglio 2024, risulta che l’Azienda ha trasmesso alla Regione apposita istanza di

⁹⁷ M6-C1-I 1.1 denominata Case della Comunità e presa in carico della persona CUP la cui ultima fase scaduta è la stipula contratto: F17H22001070001 (Fabro), F33D22000200006 (Gubbio), F37H22000820001 (Spoleto), F38I21003400001 (Narni), F41B22001450001 (Terni), F43D22000330001 (Orvieto), F43D22000350006 (Todi), F47H21009760001 (Cascia), F47H22001190001 (Nocera Umbra), F57H21008450001 (Norcia), F58I22000420006 (Magione), F83D22001120006 (Umbertide), F93D22000270006 (Perugia-Ponte San Giovanni), F93D22000280006 (Perugia - Via XIV Settembre) e F97H22000820001 (Montefalco).

rimodulazione relativa alla linea di finanziamento ai fini della sostituzione dell'intervento contrassegnato dal CUP F93D22000280006 (Casa della Comunità di Perugia Via XIV Settembre) attualmente inserito nel Piano Operativo Regionale, con il nuovo intervento contrassegnato dal CUP F97H24001570006 (Casa della Comunità di Perugia - Monteluce).

Nella missione M6C1I1.03 denominata "*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)*" rientrano n. 5 interventi, per la cui attuazione la Regione si è avvalsa di enti strumentali individuati nell'Azienda USL Umbria 1 e nell'Azienda USL Umbria 2.

Nella missione M6C1I1.02.02 denominata "*Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)*", gli interventi, come dettagliato dalla Regione Umbria nell'ambito della relazione della Giunta al rendiconto 2023, risultano essere diversamente articolati in tre linee d'investimento (M6-C1-I 1.2.2.1 COT edilizia, M6-C1-I 1.2.2.2 COT interconnessione, M6-C1-I 1.2.2.3 COT dispositivi), per un importo complessivo di 3.067.763,83 euro.

Nella missione M6-C2-I 2.1 denominata "*Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN*" rientra il finanziamento dell'attività di ricerca biomedica, tra i cui progetti si individuano i CUP F97G22000450001, G27G22000250001, I47G22000290001, J43C22001570001, la cui ultima fase procedurale scaduta il 30 giugno 2024 risulta essere quella di stipula del contratto⁹⁸.

Per le n. 9 COT⁹⁹ (finanziate con risorse PNRR per euro 3.067.763,83) la data di ultimazione dei lavori prevista era il 30 giugno 2024 anche se nel cronoprogramma, di cui alla D.G.R. n. 1329/2022, l'attivazione era prevista per il I trimestre del 2024. Al riguardo, come evidenziato nel paragrafo 2.2, risulta conseguito il target regionale al T2-2024, consistente nella realizzazione di COT pienamente funzionanti

⁹⁸ LA Regione Umbria, in sede di compilazione della tabella della richiamata Sezione Autonomie, specifica quanto di seguito: "*La fase di Stipula contratto corrisponde alla firma della Convenzione tra Ministero della Salute, Regione Umbria e Ricercatore responsabile del progetto di ricerca, sottoscritta il 29/12/2022. La fase operativa più recente prevista dal Bando di ricerca è stata la trasmissione da parte dell'Unità Operativa capofila alla Regione della Relazione intermedia dei primi 12 mesi di attività (20/05/2023 - 20/05/2024) in data 06/06/2024.*"

⁹⁹ Le COT svolgono funzioni di coordinamento della presa in carico del paziente e si raccordano con i servizi ed i professionisti coinvolti nel *setting* assistenziale assicurando continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria. Pertanto, sono destinate a interloquire con le strutture territoriali sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere, pronti soccorso, ecc. ottimizzando i percorsi da far effettuare agli assistiti da quello cronico a quello acuto ed altri, monitorandoli e tracciandoli.

Non si hanno inoltre elementi d'informazione circa stanziamenti provenienti dal PNC e dal PNRR riguardanti interventi per la messa in sicurezza antincendio ed antisismica degli ospedali; stanziamento che a livello nazionale ammontava a 1,2 milioni di euro, come, peraltro, dello stanziamento PNRR per il rinnovo delle apparecchiature sanitarie ormai vetuste, pari, a livello nazionale a 1,1 miliardi di euro.

Al riguardo la Regione, con la menzionata nota deduttiva del 16 dicembre 2024, ha fatto riferimento agli interventi finanziati nell'ambito della linea di finanziamento M6-C2-I 1.2.1 *Verso un ospedale sicuro e sostenibile*, di importo complessivo di euro 8.562.053,05 (v. tabella del precedente paragrafo), presso l'Ospedale di Orvieto¹⁰⁰ e presso l'Ospedale di Terni¹⁰¹ *“volti al miglioramento strutturale della sicurezza degli edifici adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica”*.

E' stato, inoltre, riferito un ulteriore intervento, nell'ambito della linea di finanziamento M6-C2-I 1.2.1 *Verso un ospedale sicuro e sostenibile PNC*, presso il presidio ospedaliero di Foligno e in fase di avvio, sempre rivolto al miglioramento strutturale della sicurezza dell'edificio mediante adeguamento alle norme in materia di costruzioni in area sismica, successivamente posto a carico dei finanziamenti ex art. 20, della l. n. 67/1988 per opera della l. n. 56/2024 di conversione del d.l. n. 19/2024.

L'Amministrazione ha, altresì, evidenziato di aver *“dato sempre priorità al finanziamento di interventi relativi alla messa in sicurezza ed all'ammodernamento tecnologico delle strutture, principalmente attraverso la gestione delle risorse ex art. 20 l. 67/88, ma anche tramite utilizzo*

¹⁰⁰ Riguardo a tale intervento *“(CUP F46G21001580001), per il quale sono stati stanziati € 7.347.053,05 a totale carico del finanziamento PNRR”* è stato riferito che *“l'intervento prevede l'inserimento di 8 torri dissipative affiancate ai vari corpi di fabbrica di cui è composto il compendio ospedaliero, unitamente alla cucitura strutturale di parte dei giunti presenti tra i corpi delle singole unità strutturali poste in adiacenza e il contemporaneo inserimento di dissipatori viscosi a cavallo dei giunti non solidarizzati. Il progetto si basa sull'applicazione di un sistema innovativo particolarmente efficace per complessi scolastici e ospedalieri, prevede la realizzazione di torri dedicate alla protezione sismica, equipaggiate con dispositivi di dissipazione di energia, da disporre in modo opportuno all'esterno degli edifici stessi, senza interferire con gli spazi interni e senza interromperne la funzionalità e atte a garantire un notevole livello di protezione sismica. La capacità dissipativa complessiva del sistema “edificio – torri” è tale da garantire un livello di protezione sismica atto al conseguimento del pieno adeguamento del complesso con prestazioni ben superiori agli attuali standard di sicurezza previsti dalle normative vigenti, grazie allo sfruttamento ottimale dei dispositivi dissipativi posizionati alla base delle torri stesse. Il progetto esecutivo dell'intervento, portato avanti dal Soggetto Attuatore Azienda Usl Umbria 2, è attualmente in fase di approvazione ed è quindi prossimo l'avvio dei lavori, con la conclusione delle opere entro il primo trimestre 2026”*.

¹⁰¹ Per tale intervento *“(CUP I49J22000940006), per il quale sono stati stanziati € 1.215.000,00 a carico del finanziamento PNRR ed € 121.500,00 dal fondo opere indifferibili FOI”* che lo stesso *“prevede il miglioramento sismico dell'intera palazzina “C” destinata alla Neurofisiopatologia. Le opere previste dal progetto esecutivo riguardano sostanzialmente interventi di rafforzamento locale dei telai in c.a. e le opere di finitura strettamente connesse; pertanto, dal punto di vista urbanistico si configura come intervento di manutenzione straordinaria senza alcuna modifica dell'aspetto estetico e della volumetria delle strutture”*.

di altri finanziamenti disponibili” ed ha fornito un quadro aggiornato degli investimenti in sanità, per i quali si rinvia anche a quanto diffusamente esposto nella Relazione allegata alla Decisione di parifica n. 147/2024/PARI.

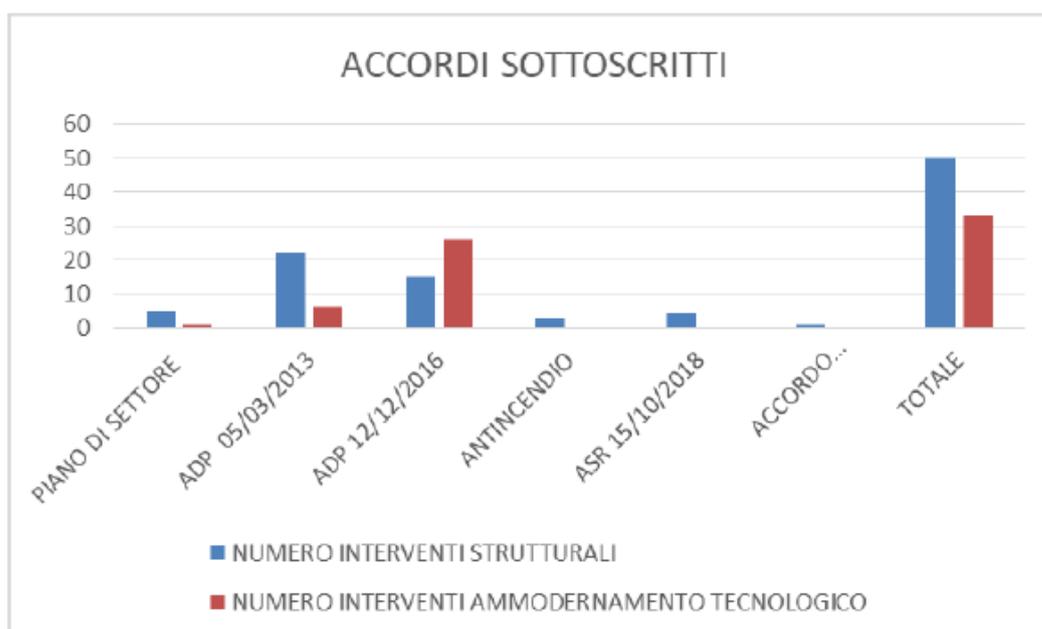
Si riportano, a seguire, le tabelle riepilogative, prodotte dall’Amministrazione stessa, che danno conto, rispettivamente, dei finanziamenti per investimenti inerenti ad Accordi già sottoscritti e di quelli di cui è stata programmata la sottoscrizione, nonché i relativi grafici con evidenza della tipologia degli interventi finanziati:

Tabella 10 – Finanziamenti investimenti in sanità – Accordi sottoscritti

LINEA DI FINANZIAMENTO	N. TOTALE INTERVENTI	IMPORTO COMPLESSIVO	di cui FINANZIAMENTO STATALE	di cui FINANZIAMENTO REGIONALE	di cui FINANZIAMENTO AZIENDALE/ALTRO
PIANO DI SETTORE L.R. N. 3/2010	6	11.271.872,21		9.438.339,23	1.833.532,98
ACCORDO DI PROGRAMMA EX ART. 20 L.N. 67/88 DEL 05/03/2013	28	128.617.395,90	53.179.901,93	2.798.942,21	72.638.551,76
ACCORDO DI PROGRAMMA EX ART. 20 L.N. 67/88 DEL 12/12/2016	41	35.028.309,19	30.567.975,13	1.608.840,80	2.851.493,26
ADEGUAMENTO ANTINCENDIO	3	1.642.320,00	1.376.474,00	72.446,00	193.400,00
ACCORDO STATO REGIONI 15/10/2018	4	2.303.850,00		2.303.850,00	
ACCORDO 30/10/2023 RIQUALIFICAZIONE ENERGETICA EX OSPEDALI PSICHIATRICI	1	303.308,57	303.308,57		
TOTALE	83	179.167.055,87	85.427.659,63	16.222.418,24	77.516.978,00

Fonte: Regione Umbria, nota deduttiva del 16.12.2024

Grafico 5 – Tipologia interventi di investimenti finanziati – Accordi sottoscritti



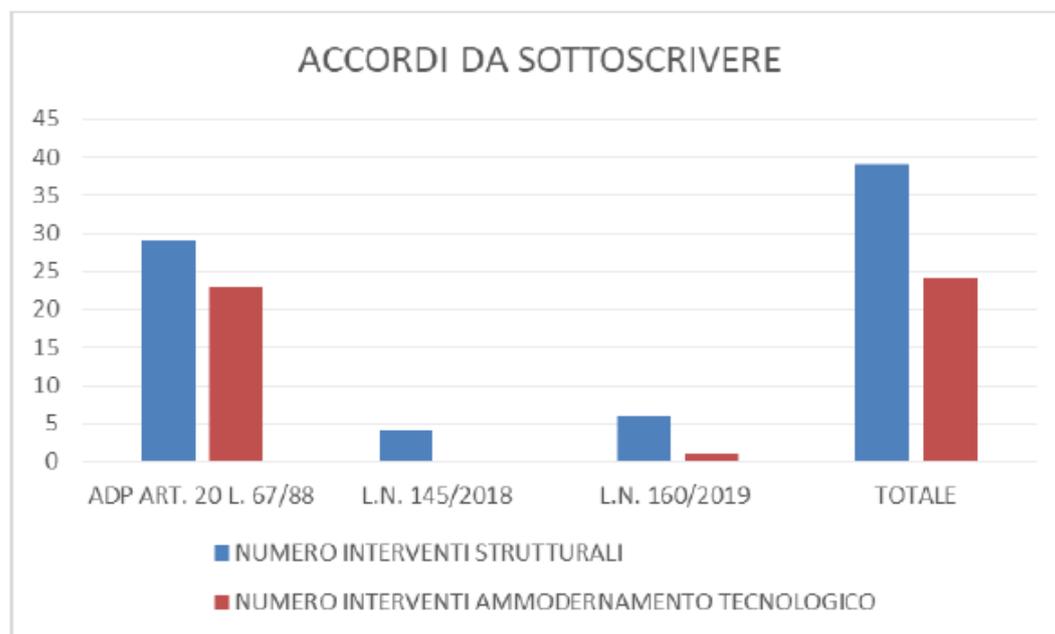
Fonte: Regione Umbria, nota deduttiva del 16.12.2024

Tabella 11 – Finanziamenti investimenti in sanità – Accordi programmati da sottoscrivere

LINEA DI FINANZIAMENTO	N. TOTALE INTERVENTI	IMPORTO COMPLESSIVO	di cui FINANZIAMENTO STATALE	di cui FINANZIAMENTO REGIONALE	di cui FINANZIAMENTO AZIENDALE/ALTRO
ACCORDO DI PROGRAMMA EX ART. 20 L.N. 67/88 DA SOTTOSCRIVERE (DELIBERA C.I.P.E. N. 51/2019, DM 13/08/2021, DM 27/07/2022)	52	70.662.506,83	64.082.066,49	3.372.740,34	3.207.700,00
L.N. 145/2018 ART. 1 COMMA 95	4	22.633.841,04	22.633.841,04		
L.N. 160/2019 ART. 1 COMMI 14 E 15	7	9.139.545,30	9.139.545,30		
TOTALE	63	102.435.893,17	95.855.452,83	3.372.740,34	3.207.700,00

Fonte: Regione Umbria, nota deduttiva del 16.12.2024

Grafico 6 – Tipologia interventi di investimenti finanziati – Accordi programmati



Fonte: Regione Umbria, nota deduttiva del 16.12.2024

L'Amministrazione ha, infine, dato atto degli investimenti finanziati dalle Aziende del SSR con contributi in c/esercizio ex art. 29, comma 1, lett. b), del d.lgs. n. 118/2011, fornendo la seguente situazione riferita al periodo 2014-2023 (di aggiornamento a quella contenuta nella menzionata Relazione allegata alla Decisione di parifica n. 147/2024/PARI):

Tabella 12 – Investimenti con contributi in c/esercizio – Periodo 2014-2023

AZIENDA	TIPO INTERVENTO	IMPORTO	di cui REALIZZATO	di cui IN CORSO DI REALIZZAZIONE	di cui PROGRAMMATO	di cui DA PROGRAMMARE
Azienda U.S.L. Umbria n. 1	Acquisti	18.084.297,08	15.721.673,09	212.491,32	2.150.132,67	
	Strutturale/acquisto immobili	14.565.702,92	6.803.473,89	5.762.229,03	2.000.000,00	
	Da destinare	-				
TOTALE AZIENDA U.S.L. 1		32.650.000,00	22.525.146,98	5.974.720,35	4.150.132,67	-
Azienda U.S.L. Umbria n. 2	Acquisti	40.502.840,65	34.469.009,52		6.033.831,13	
	Strutturale/acquisto immobili	17.065.791,26	10.329.865,50	1.991.320,15	4.744.605,61	
	Da destinare	3.220.778,00				3.220.778,00
TOTALE AZIENDA U.S.L. 2		60.789.409,91	44.798.875,02	1.991.320,15	10.778.436,74	3.220.778,00
Azienda Ospedaliera di Perugia	Acquisti	29.790.445,75	28.453.774,65	1.336.671,10		
	Strutturale	6.509.554,25	377.927,10	5.064.595,46	1.067.031,69	
	Da destinare	1.900.000,00				1.900.000,00
TOTALE AZIENDA OSP. PG		38.200.000,00	28.831.701,75	6.401.266,56	1.067.031,69	1.900.000,00
Azienda Ospedaliera di Terni	Acquisti	19.397.555,69	18.667.776,32	729.779,37		
	Strutturale	11.732.444,31	4.745.356,07	6.987.088,24		
	Da destinare					-
TOTALE AZIENDA OSP. TR		31.130.000,00	23.413.132,39	7.716.867,61	-	-
TOTALE		162.769.409,91	119.568.856,14	22.084.174,67	15.995.601,10	5.120.778,00

Fonte: Regione Umbria, nota deduttiva del 16.12.2024

In merito a tali investimenti, la Regione ha fatto presente che *“I principali interventi conclusi sono relativi, oltre all’acquisto di attrezzature e di immobili, a lavori di adeguamento alle norme di sicurezza dell’Ospedale di Umbertide, di impermeabilizzazione del piano seminterrato del Padiglione Neri di Perugia, di adeguamento delle cabine elettriche di alcuni presidi sanitari, di manutenzione dell’Ospedale della Media Valle del Tevere, di ristrutturazione degli ospedali di Spoleto, di Narni e di Amelia, di ristrutturazione del capannone dell’ex farmacia c/o l’Azienda ospedaliera di Perugia e vari interventi di manutenzione straordinaria c/o l’Azienda Ospedaliera di Terni. Inoltre, sono stati effettuati interventi previsti nell’ambito dell’emergenza COVID 19”*.

Relativamente al rinnovo delle apparecchiature sanitarie, l’Amministrazione ha fatto riferimento alle risorse destinate alla Regione Umbria nell’ambito della linea di finanziamento PNRR M6-C2-I 1.1.2 *Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)* per euro 15.937.373,29 (come indicate nella tabella di cui sopra) ed ha precisato che nell’ambito del relativo intervento *“è stato programmato l’acquisto di n. 43 grandi apparecchiature sanitarie (n. 3 TAC, n. 2 RMN, n. 1 Acceleratore lineare, n. 19 Sistemi radiologici fissi, n. 2 Angiografi, n. 1 Mammografo, n. 1 PET-TAC e n. 14 Ecotomografi) in sostituzione delle tecnologie obsolete con vetustà maggiore di 5 anni”* e che *“allo stato attuale le 43 apparecchiature sono state tutte acquistate ed entro il 31/12/2024 ne verrà attestata l’operatività per n.33 (n.14 Ecotomografi, n.1 Mammografo, n.1 PET-TAC, n. 1 Acceleratore lineare e n. 16 Sistemi Radiologici Fissi). Per le rimanenti 10, è stato richiesto ed approvato dal Ministero della Salute il differimento del target dovuta all’esecuzione dei lavori ancillari di installazione, verranno comunque rese operative nel rispetto del target regionale PNRR fissato al 31 marzo 2026”*. Al riguardo, l’Amministrazione ha fornito l’elenco e la

rappresentazione grafica della dislocazione delle attrezzature stesse, riportata in Allegato "N".

L'Amministrazione ha richiamato, la linea di investimento M6C2 I1.2 - *Verso un ospedale sicuro e sostenibile*, per complessivi euro 19.433.287,73, nella quale "rientrano n. 15 interventi [...] quali progetti in essere ex art. 20 l. 67/88, che sono tutti conclusi", il cui elenco è riportato nel menzionato Allegato "N".

Sempre sul punto, la Regione ha, altresì, richiamato il già menzionato nuovo Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari, da sottoscrivere, per l'utilizzo delle risorse ex art. 20 l.n. 67/88, il cui documento programmatico (approvato con D.G.R n. 275/2024) "prevede la realizzazione di n. 52 interventi, per un totale di euro 70.662.506,83, relativi principalmente al miglioramento sismico delle strutture sanitarie, all'adeguamento antincendio, alla ristrutturazione ed all'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie"¹⁰², ed ha specificato che tra gli interventi programmati "è presente anche l'acquisto [di] grandi apparecchiature, in sostituzione di apparecchiature obsolete", il cui elenco è riportato nell'Allegato "N".

Nel corso del contraddittorio svolto nell'adunanza pubblica del 19 dicembre 2024, con riguardo all'Azienda Ospedaliera di Perugia è stato fatto presente che il 1° novembre sono stati avviati i cantieri del Pronto Soccorso e Terapia Intensiva, la cui consegna è prevista nei tempi del PNRR (marzo 2026) e che, di conseguenza, è stato possibile anche procedere con altri interventi riferiti alle tecnologie finanziate sia con fondi PNRR, sia con fondi ex art. 20, l. n. 67/1988 alcuni dei quali erano legati alla cantierizzazione anche antisismica, anch'essa avviata¹⁰³. Inoltre, sempre con riguardo agli investimenti operati a valere su tale ultima fonte, è stato anche dichiarato che a partire da marzo 2025 dovrebbe essere operativa, presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, la tomografia, con gara in corso con unico operatore economico partecipante.

¹⁰² Al riguardo la Regione, ha precisato che, "con nota P.E.C. prot. n. 212835 del 23/09/2024, ha completato l'invio al Ministero della Salute della documentazione relativa a tutti gli interventi programmati ed è in attesa del parere del Nucleo di valutazione degli investimenti pubblici in sanità, al fine di proseguire l'iter previsto per la gestione delle citate risorse da sottoscrivere".

¹⁰³ Relativamente a tale ultima è stato riferito l'avvio del primo lotto, connesso al Pronto Soccorso, mentre per quanto riguarda il secondo lotto è stato precisato l'avvenuto stralcio - al fine di consentire la prosecuzione degli investimenti PNRR e d.l. 34/2020 - e l'avvio della gara del valore di 8 milioni di euro per la quale la Regione Marche svolge la funzione di centrale di acquisti.

2.11 Prospettive future e possibili limiti

Con l'adozione della D.G.R. n. 1406 del 28 dicembre 2023 recante "*Linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria. Adozione*" le Aziende sanitarie umbre hanno provveduto a recepire con proprie delibere dei rispettivi DG le linee guida regionali, a nominare il RUA (Responsabile Unico Aziendale) e ad istituire i Gruppi strategici, i Gruppi di programmazione ed i Comitati di valutazione della programmazione del blocco operatorio, quale struttura organizzativa con funzioni di controllo e gestione del percorso chirurgico programmato del paziente. Le Aziende, in conseguenza, hanno aggiornato i rispettivi regolamenti aziendali nei quali sono state recepite le suddette linee guida:

- definendo le regole generali di funzionamento dei blocchi operatori e delle sale operatorie aziendali per rendere ottimale il loro tempo di utilizzo attraverso una corretta programmazione, un inizio tempestivo delle sedute ed un contenimento dei tempi di preparazione preoperatoria del paziente;
- indicando le regole per ottimizzare l'impiego delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche assegnate;
- individuando i ruoli di coordinamento clinico-organizzativo, quale diretta emanazione della direzione sanitaria aziendale, nella gestione ordinaria delle attività chirurgiche e nella gestione degli eventi straordinari;
- fissando chiaramente le modalità di accesso alla sala operatoria in regime di emergenza/urgenza.

Contestualmente sono state adottate procedure aziendali per la gestione delle agende di prenotazione, contenenti le indicazioni operative per l'inserimento in lista di attesa ed il monitoraggio dei tempi di attesa nonché le procedure chirurgiche di emergenza. L'insieme di tutte queste disposizioni va tuttavia valutato nel suo complesso per poterne apprezzare l'impatto.

L'iter del paziente chirurgico definito nei regolamenti di sala operatoria è riportato in Allegato "K".

Sul punto, nel corso del contraddittorio orale svolto in data 19 dicembre 2024, è stato riferito il completamento delle attività inerenti al monitoraggio e attività in corso per l'informatizzazione del processo in relazione agli indicatori previsti dal relativo accordo Stato-Regioni; inoltre, è stata fatta presente la previsione di studi multicentrici finalizzati

ad individuare standard di efficientamento delle sale operatorie mediante analisi e comparazione delle procedure adottate da altre Regioni e Aziende in situazioni analoghe.

Il menzionato piano di efficientamento e riqualificazione regionale del servizio sanitario ha previsto da ultimo, con la D.G.R. n. 796 del 7 agosto 2024, il potenziamento ed il miglioramento delle attività di integrazione ospedale - territorio da svolgere a cura delle Aziende USL e delle Aziende ospedaliere adottando modelli di reti assistenziali e di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) con sviluppo del *day service* e dei percorsi alternativi all'assistenza prestata in costanza di ricovero. Inoltre, la previsione di una chiara identificazione della *mission* degli Ospedali consente l'utilizzo appropriato del *setting* assistenziale per acuti, per post-acuti e per le strutture intermedie al fine di garantire l'intensità assistenziale e la presa in carico ottimale per ciascun caso clinico. Nello specifico la suindicata D.G.R. prevede la gestione integrata dell'Ospedale della Media Valle del Tevere (MVT) con l'A.O. di Perugia e al contempo dell'Ospedale di Narni con quella di Terni.

Con determinazione direttoriale 12 gennaio 2024, n. 305, in ragione del mandato ricevuto con la D.G.R. n. 1399/2024¹⁰⁴, nel rispetto dei termini assegnati dal cronoprogramma, è stato istituito il relativo tavolo di monitoraggio a livello regionale composto dai Direttori sanitari *pro tempore* delle Aziende sanitarie regionali e da Dirigenti e funzionari regionali dei servizi competenti. Successivamente, con determinazione del Dirigente del Servizio pianificazione, programmazione e controllo strategico del SSR n. 2995/2024 è stato approvato il documento tecnico relativo agli obiettivi ed indicatori per l'attuazione del provvedimento generale di programmazione della rete ospedaliera regionale ai sensi del D.M. n. 70/2015 - Allineamento alla D.G.R. n. 212/2016 - c.d. "Terzo polo" per l'integrazione ospedale-territorio. Il suindicato documento si basa sugli indicatori MES (*Management* e sanità) anno 2022, con riferimento a quelli del NSG (Nuovo sistema di garanzia) e ai LEA relativi ad ospedale, territorio, ospedale e territorio assieme e prevenzione.

¹⁰⁴ In particolare, come riportato al paragrafo 2.3, la Giunta regionale, con D.G.R. n. 1399 del 28 dicembre 2023, aveva approvato il documento recante "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", che si conclude con un paragrafo dedicato al relativo cronoprogramma di attuazione; tale documento prevede l'integrazione del POU.

In attuazione del cronoprogramma contemplato dalla citata D.G.R. n. 1399/2023 è stato disposto il monitoraggio trimestrale della programmazione dei posti letto con scadenze al 31 marzo 2024, 30 giugno 2024, 30 settembre 2024 e 15 dicembre 2024 di cui si è già accennato al precedente paragrafo 2.3. del presente Capitolo.

In riferimento agli specifici percorsi attuativi delle disposizioni già menzionate, le Aziende sanitarie regionali, nel corso dell'interlocuzione intervenuta in occasione dei primi due monitoraggi trimestrali e della richiesta fatta pervenire hanno relazionato quanto di seguito esposto.

Azienda Ospedaliera di Perugia e Azienda USL Umbria 1

Con deliberazioni del D.G. dell'A.O. di PG n. 419 del 29 marzo 2024 e del D.G. dell'Azienda USL Umbria 1 n. 426 dell'11 aprile 2024 è stato approvato il protocollo operativo: *“Accordo tra A.O. PG e USL Umbria n. 1 per l'esecuzione di interventi chirurgici presso i presidi ospedalieri della USL Umbria n. 1”*, allo scopo di definire le modalità operative della collaborazione tra le due Aziende finalizzata all'esecuzione di interventi chirurgici presso gli ospedali del POU nelle discipline di ortopedia/traumatologia, otorinolaringoiatria, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, chirurgia generale, chirurgia oncologica in regime di *Day/Week Surgery*. In virtù di tale protocollo sono a carico dell'A.O. di Perugia i costi del proprio personale (dipendente e/o universitario convenzionato) chiamato ad eseguire gli interventi chirurgici e il costo di eventuali protesi ortopediche utilizzate nell'intervento. Sono, invece, a carico della Azienda USL Umbria 1 i costi del proprio personale e tutti i restanti costi derivanti dall'espletamento dell'attività oggetto dell'accordo, compresi i servizi generali (ristorazione, lavanderia, utenze, pulizie e smaltimento dei rifiuti, ecc.), farmaci ed eventuali prestazioni sanitarie intermedie, inclusi gli esami preoperatori. Il DRG, ad esito del ricovero, è attribuito alla Azienda USL Umbria 1 e il 30% del valore dello stesso è riconosciuto alla A.O. di Perugia. L'accordo ha anche lo scopo di ridurre le liste di attesa per la piccola e media chirurgia, di disporre presso l'A.O. di Perugia di posti letto per interventi di alta specialità e di aumentare la produttività complessiva del SSR.

Con Deliberazione del D.G. dell'A.O. di Perugia n. 541 del 24 aprile 2024 e del D.G. dell'Azienda USL Umbria 1 n. 469 del 22 aprile 2024 è stato approvato il progetto: *“Cingolo interaziendale”* tra l'A.O. di Perugia e il POU dell'Azienda USL Umbria 1, di cui si è già accennato nel precedente paragrafo 2.2 del presente Capitolo.

Scopo del progetto è applicare un metodo di distribuzione dei ricoveri dal PS nei reparti afferenti all'area medica, migliorando l'appropriatezza del ricovero da parte del PS ed applicando, allo stesso tempo, strategie per una dimissione veloce e protetta. La finalità è quella di semplificare il percorso diagnostico-terapeutico del paziente tra ospedali a diversa intensità di cura, potenziare l'integrazione funzionale tra l'A.O. di Perugia e l'Azienda USL Umbria 1 ed ottimizzare l'utilizzo dei posti letto in modo da ricondurre l'A.O. di Perugia nel proprio ruolo di Azienda di alta specializzazione e DEA di II livello, potenziare l'integrazione funzionale tra l'A.O. ed il presidio ospedaliero unificato dell'Azienda USL Umbria 1 e ridurre il numero complessivo delle giornate di degenza. Tale percorso si applica a pazienti acuti stabilizzati, sub-acuti o cronici riacutizzati, provenienti dai distretti di Assisi, MVT e Trasimeno, che accedono al PS dell'A.O. di Perugia con necessità di iniziale inquadramento diagnostico e stabilizzazione e, se necessitanti di un ricovero, gestibili successivamente nell'area medica di media intensità di cura degli ospedali di base del POU. Per i suddetti pazienti, l'A.O. di Perugia garantisce le consulenze specialistiche e gli esami diagnostici e strumentali necessari all'iniziale inquadramento. Dopo tale fase, i pazienti gestibili presso un ospedale di base vengono ricoverati con accesso diretto nelle UU.OO. di medicina degli ospedali del POU, sulla base del piano giornaliero dei posti letto appositamente dedicato.

Il trasferimento dei pazienti dall'A.O. di Perugia agli ospedali del POU è a carico dell'A.O. stessa, mentre quello dei pazienti dagli ospedali del POU è a carico della Azienda USL Umbria 1¹⁰⁵.

L'A.O. di Perugia si impegna a garantire per i pazienti che accedono ai PS degli Ospedali di base di Castiglione del Lago e di Pantalla (i pazienti che accedono all'Ospedale di Assisi verranno inviati presso l'Ospedale di Branca, frazione del Comune di Gubbio, se presentano condizioni cliniche gestibili in DEA I) esami diagnostici, non effettuabili presso l'ospedale di base. In tali casi, se il paziente, dopo aver effettuato gli accertamenti diagnostici, presentasse condizioni cliniche non gestibili in quest'ultimo ospedale, viene ricoverato presso il reparto di competenza dell'A.O. di Perugia e, successivamente, superata la fase acuta, previo accordo tra clinici, può essere trasferito presso l'ospedale

¹⁰⁵ Per ottimizzare l'utilizzo delle risorse, in caso di necessità, il mezzo utilizzato per il trasporto presso l'ospedale di base o, presso l'A.O. di Perugia, potrà essere riutilizzato per un eventuale trasporto di un paziente da trasferire presso l'ospedale di partenza, se l'equipaggio del mezzo risulta appropriato al livello di assistenza da assicurare, sentito il parere del clinico, senza quindi movimentare un altro mezzo.

di provenienza dopo aver effettuato gli esami diagnostici e qualora ci siano le condizioni di stabilità.

Nelle more della definizione del modello organizzativo regionale delle COT *Spoke*, resta invariato quanto stabilito con determinazione del DG n. 0000187 del 14 febbraio 2023” *Modello organizzativo Centrali Operative Territoriali Azienda USL UMBRIA 1 e percorso dimissione protetta*” che definisce il *target* e le modalità organizzative per il trasferimento di pazienti dai reparti di degenza per acuti dell’A.O. di Perugia ad un reparto a minore intensità assistenziale degli ospedali del territorio della Azienda USL Umbria 1, qualora siano soddisfatti i criteri di trasferibilità condivisi. In tale circostanza la COT comunica giornalmente al *Bed management* dell’A.O. di Perugia - previa analisi dei dati resi disponibili dal “*Cruscotto posti letto aziendale*” - il numero dei posti letto disponibili nella rete degli ospedali della Azienda USL Umbria 1 sulla base della disponibilità complessiva settimanale di posti letto stabilita dall’Azienda stessa, il quale fissa le priorità ed i ricoveri.

Al riguardo, nel corso dell’adunanza pubblica del 19 dicembre 2024, ad aggiornamento delle informazioni già fornite, è stato fatto presente che il “cingolo interaziendale” è in corso di implementazione, soprattutto in termini di posti letto e che è stato integrato il lavoro con le COT anche per le cure palliative, specificando che il Gruppo di cure palliative dell’Azienda USL Umbria 1 accede presso l’Azienda Ospedaliera tre volte a settimana per valutare il bisogno essenziale di cure palliative ed individuare il *setting* essenziale appropriato che va dal domicilio fino all’*hospice*.

Infine, per gli adempimenti previsti dalla D.G.R. n. 394/2024 recante "*Piano Operativo Strutturale di recupero delle liste di attesa anno 2024- Adozione*", che prevede una serie di azioni da porre in essere al fine di recuperare le prestazioni già inserite nei PdT ed evitarne la genesi di nuove, circa le azioni previste a livello interaziendale, si è tenuto in data 8 maggio 2024 un incontro tra le Direzioni sanitarie dell’A.O. e della Azienda USL Umbria 1, per la definizione delle azioni congiunte da inserire nel piano interaziendale per il recupero delle liste di attesa. Sulle risultanze della riunione, tenuto conto delle indicazioni della più volte richiamata D.G.R. n. 394/2024, l’A.O. di Perugia si è impegnata a:

- istituire uno specifico PdT per le prestazioni erogate esclusivamente da parte della A.O. di Perugia, come richiesto dall’Azienda USL Umbria 1;

- mantenere l'attuale offerta ordinaria, in quanto già praticamente assimilabile a quella relativa all'anno 2019, alla quale si è andato ad aggiungere l'incremento dell'offerta per la visita neurochirurgica, che sta consentendo anche il recupero delle prestazioni sospese all'interno del PdT, il cui totale alla data odierna è sceso a n. 232 rispetto alle n. 301 iniziali al 30 aprile 2024;
- proseguire la presa in carico dei pazienti da parte degli specialisti, qualora a giudizio insindacabile degli stessi ne sussistano le indicazioni cliniche, per le prestazioni di *follow-up* e di approfondimento diagnostico di II livello, mediante prenotazione tramite gli specialisti o tramite le piattaforme ambulatoriali. A tal proposito, alla luce dell'esperienza maturata in ambito onco-ematologico, si rende indispensabile l'attivazione in rete di dette piattaforme che consenta di assicurare al paziente anche le prestazioni di *follow-up*, in particolar modo per la diagnostica per immagini, secondo il principio della prossimità territoriale, essendo l'A.O. oggettivamente impossibilitata, malgrado tutte le risorse poste in essere, ad evadere l'intera domanda. Sempre in tale ambito l'A.O. di Perugia continuerà ad assicurare l'esecuzione di esami di completamento diagnostico/*follow-up* per i pazienti afferenti all'area onco-ematologica all'interno del progetto aziendale "*OspedaleDopole20*", che prevede un'offerta aggiuntiva settimanale, in regime di produttività aggiuntiva, attualmente svolta nelle ore pomeridiane e serali dei giorni infrasettimanali, per le prestazioni di *TAC Body*, *RM Body* e per le prestazioni di radioterapia, nonché la domenica mattina per le prestazioni di RM di competenza neuroradiologica per il *follow-up* delle patologie infiammatorie della sostanza bianca;
- recuperare le prestazioni inserite nel percorso di tutela erogate solo dall'A.O. di Perugia. A tal proposito si precisa che, all'interno delle stesse, risultano prese in carico prestazioni che per la loro specificità si caratterizzano come prestazioni di II livello ed erogate da tempo dall'Azienda ospedaliera come tali (quali, ad esempio, visita dermatologica chirurgica, visita dermatologica per psoriasi, ecc.), che vengono prescritte dallo specialista dopo un primo accesso come visita dermatologica generale. Si è quindi ipotizzata l'estensione di tale metodologia anche alle visite specialistiche delle altre discipline qualora tale differenziazione sia penalizzante nel percorso di accesso per l'assistito. Per tale motivazione si procede quindi all'esclusione delle suddette prestazioni dalla procedura di inserimento nei PdT;

- effettuare sedute ambulatoriali in regime di produttività aggiuntiva, come richiesto dalla Azienda USL Umbria 1, per le prestazioni che presentano maggiore criticità. In accoglimento di tale richiesta, al momento, di norma e compatibilmente con le esigenze organizzative - assistenziali delle strutture interessate, viene attivata un'offerta settimanale aggiuntiva pari a circa 30h, per le seguenti prestazioni: visita pneumologica, visita ematologica, esami endoscopici di gastroenterologia, EMG, visita dermatologica. Come da accordi intercorsi tra le due Aziende, gli oneri sostenuti dall'Azienda ospedaliera derivanti da tale attività saranno rimborsati dall'Azienda USL Umbria 1 secondo le modalità che verranno successivamente definite;
- definire percorsi assistenziali congiunti tra gli specialisti delle due Aziende, per l'erogazione delle prestazioni erogabili solo dall'A.O. di Perugia e prescritte dagli specialisti dell'Azienda USL Umbria 1, al fine di raggiungere il più alto livello di appropriatezza prescrittiva.

Azienda Ospedaliera di Terni e Azienda USL Umbria 2

L'Azienda USL Umbria n. 2 e l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni in rapporto a quanto previsto dagli atti sopra richiamati hanno provveduto alla stipula di una convenzione per consentire l'utilizzo delle sale operatorie e delle aree di degenza dell'Ospedale di Narni ai sanitari dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

A seguito della suindicata D.G.R. n. 1399/2023, le due Aziende hanno stipulato, nel mese di gennaio 2024, un accordo a titolo sperimentale per la gestione integrata del presidio ospedaliero di Narni, riguardante la gestione dei pazienti in area medica e chirurgica, del quale si riportano di seguito i punti salienti:

- 1) pazienti medici. Il PS ed i reparti di area medica dell'Azienda Ospedaliera di Terni e il punto di primo intervento del presidio ospedaliero di Narni, in stretto contatto tra di loro, invieranno i pazienti di media e bassa complessità di area internistica all'Ospedale di Narni. Le tariffe dei ricoveri presso il presidio ospedaliero di Narni e Amelia saranno a favore dell'Azienda USL Umbria 2. I pazienti in uscita saranno gestiti dal personale sanitario dell'Ospedale di Narni. Verrà inoltre effettuata un'analisi routinaria della durata della degenza attraverso l'indice di *performance* (tavolo congiunto) delle due Aziende;

- 2) pazienti chirurgici: conferma della convenzione vigente dal 2019 rinviando ad un tavolo tecnico congiunto la relativa revisione. Verrà effettuata altresì un'analisi routinaria della durata della degenza attraverso l'indice di *performance* (tavolo congiunto) delle due Aziende;
- 3) i trasporti dei pazienti dai reparti di area medica dall'Azienda Ospedaliera di Terni all'Ospedale di Narni ed i ricoveri diretti dal PS di Terni all'Ospedale di Narni verranno effettuati a cura dell'Azienda Ospedaliera di Terni in fasce orarie da concordare; in subordine, l'Azienda USL Umbria 2 procederà all'attivazione del trasporto sanitario su richiesta dell'Azienda Ospedaliera di Terni;
- 4) l'Azienda USL Umbria 2 identificherà un referente per ciascuna area (medicina - chirurgia - emergenza) ed analogamente verranno individuati i referenti dell'Azienda Ospedaliera nell'ambito dei rispettivi Dipartimenti;
- 5) le Direzioni mediche ospedaliere dell'Azienda Ospedaliera e del presidio ospedaliero di Narni provvederanno alla redazione della modulistica integrata e alla armonizzazione della documentazione sanitaria corrispondente;
- 6) l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda USL Umbria 2 si impegnano nell'ambito del periodo di vigenza della convenzione ad implementare i percorsi di telemedicina tra l'Azienda Ospedaliera e il presidio ospedaliero di Narni.

Dalla data della stipula dell'accordo per l'integrazione funzionale dell'Ospedale di Narni con quello di Terni (gennaio 2024) al 30 giugno 2024 sono stati effettuati ricoveri diretti dal PS di Terni e trasferimenti presso l'area di degenza medica di Narni per il prosieguo delle cure nel *setting* assistenziale più adeguato. I numeri registrati indicano un discreto andamento dell'accordo di collaborazione: n. 95 ricoveri da PS di Terni e n. 5 trasferimenti da aree di degenza medica.

Con determinazione del DG n. 421 del 29 giugno 2024, dell'A.O. di Terni e n. 1268 del 28 giugno 2024 del DG dell'Azienda USL Umbria n. 2 le Aziende hanno approvato le convenzioni per l'anno 2024, con le quali sono state stabilite le modalità di integrazione funzionale tra l'Azienda Ospedaliera ed il presidio di Narni. Ulteriori misure di integrazione, in coerenza con quanto stabilito dal cronoprogramma di cui alla D.G.R. n. 1399/2023 (unitamente ai *target* stabiliti dalla DD n. 2995/2024) riguardano l'implementazione dei PDTA e delle reti tempo - dipendenti (trauma, neonatologia, punti nascita, *ictus*, cardiologia per l'emergenza STEMI, ecc.) approvate dalla Regione Umbria rispettivamente con DD.GG.RR. n. 132 del 21 febbraio 2024, n. 165, n. 169 e n.

170 del 28 febbraio 2024). A tal fine sono stati costituiti Gruppi di lavoro tra Regione ed Aziende sanitarie regionali che, al momento, hanno esitato i seguenti provvedimenti: delibere dell’Azienda Ospedaliera di Terni nn. 457, 459, 461 e 464 del 17 luglio 2024.

Non risulta, invece, tra gli obiettivi del SSR la medicina del lavoro, nonostante l’attenzione che si pone su tale contesto, specialmente in questo periodo, come, peraltro, un altro limite riscontrabile consiste nella esiguità di azioni nell’ambito della medicina preventiva.

A tale proposito, con le deduzioni del 16 dicembre 2024, la Regione ha rinviato alle azioni preventive contenute nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 approvato con D.G.R. n. 1312/2021¹⁰⁶ ed ha fatto presente che *“il raggiungimento degli obiettivi fissati fino al 2023 è stato certificato dal Ministero della Salute”*. Inoltre, sono state evidenziate le principali azioni contenute nel Piano in materia di sicurezza sul lavoro, riportate nell’Allegato “L”.

Un altro aspetto critico è rappresentato, anche a livello nazionale, dalla vetustà delle strutture sanitarie. Solo il 18% dei luoghi di cura ha meno di 34 anni e il 27% è costituito da strutture costruite fino al 1945, strutture, peraltro, provate in Umbria anche dagli eventi sismici. Anche in questo caso, una possibile fonte di finanziamento avrebbe potuto essere individuata nel PNRR mediante destinazione di una quota parte degli stanziamenti complessivi (1,2 milioni di euro a livello nazionale) all’ammodernamento delle infrastrutture (v. anche il precedente paragrafo 2.10.).

Al riguardo, l’Amministrazione ha rinviato a quanto già dedotto in merito agli interventi finanziati con le risorse PNRR, richiamando, in particolare, la già menzionata D.G.R. n. 152/2022 riferita alla dislocazione delle CdC, degli OdC e delle COT, ed ha fornito l’elencazione e la rappresentazione grafica della dislocazione delle CdC e degli OdC, come riportata nell’Allegato “M”.

Anche le apparecchiature sanitarie sono caratterizzate da una diffusa obsolescenza con conseguenti ricadute sia sulla qualità degli esami che sulla loro rapidità di esecuzione. A livello nazionale il 92% dei mammografi convenzionali, il 96% delle TAC con meno di 16 slides, il 91% dei sistemi radiografici fissi convenzionali, l’80,8% delle unità mobili

¹⁰⁶ Indicata, nella nota deduttiva del 16 dicembre 2024, come n. 1331/2021.

radiografiche convenzionali, il 30,5% delle risonanze magnetiche chiuse da 1-1,5 test hanno più di dieci anni.

Al riguardo, si rinvia a quanto dedotto dall'Amministrazione e riportato al precedente paragrafo 2.10.

Un'altra rilevante criticità che interessa il sistema sanitario è rappresentata dall'inappropriatezza, ovvero dal consumo di prestazioni inutili. Si stima, ad esempio, che oltre il 40% delle risonanze magnetiche prescritte a livello nazionale siano inutili, spesso frutto di eccesso di prudenza da parte di MMG e specialisti, sia per timore di incorrere in errori e in conseguenti responsabilità, sia per l'eccessivo carico di lavoro che non consente agli stessi di operare valutazioni adeguate.

L'Amministrazione ha riferito che, a tal proposito, *“si stanno intraprendendo delle azioni finalizzate ad introdurre negli strumenti informatici utilizzati dai prescrittori, dei controlli, attraverso un sistema di alert, in grado di supportare e guidare gli stessi nelle scelte prescrittive in accordo con le linee guida definite ed approvate a livello regionale, migliorandone quindi l'appropriatezza”* ed ha evidenziato che *“Con Delibera Regionale n. 1401 del 28/12/2023 sono stati approvati due documenti relativi a:*

- *Allegato 1 “Percorso di alert nella prescrizione di risonanze magnetiche osteoarticolare e del rachide”;*
- *Allegato 2 “Percorso di alert nella prescrizione di EGDS e colonscopia”, frutto dei Tavoli di confronto tra la Task Force regionale per il governo delle liste d'attesa e i Responsabili aziendali delle UO di radiologia e gastroenterologia.*

Tali documenti tracciano quelle che rappresentano le linee di Indirizzo Regionali per la prescrizione dei seguenti esami:

- *RM osteoarticolare e del Rachide in soggetti di età maggiore di 65 anni,*
- *EGDS e Colonscopia in soggetti di età maggiore di 45 anni.*

Con Determinazione dirigenziale n. 12526 del 26/11/2024 è stato disposto l'affidamento del progetto relativo al cruscotto di monitoraggio della diagnostica per immagini.

Il progetto dovrà essere concluso e rendicontato entro 5 mesi”.

CAPITOLO III

I SISTEMI INFORMATIVI IN USO NELLA SANITA' REGIONALE: OPPORTUNITA' E LIMITI

Sommario: 3.1 I sistemi informativi impiegati. 3.2 La telemedicina. 3.3 Ipotesi di sviluppo per l'efficientamento

3.1 I sistemi informativi impiegati

A seguito dell'emanazione della direttiva europea NIS 2016/1148, recepita con il Decreto Legislativo 18 maggio 2018, n. 65, sono stati imposti, soprattutto agli operatori dei servizi essenziali, livelli minimi di sicurezza informatica. Proprio su questo aspetto la Regione Umbria ha inteso investire risorse finanziarie per potenziare le misure di sicurezza già dal 2022; è stato effettuato un *assessment* di sicurezza delle Aziende del SSR e sono state acquisite delle pertinenti piattaforme facilmente fruibili che consentono alle Aziende di proteggere le applicazioni *web* da attacchi dannosi e/o da traffico indesiderato, nonché di rilevare, analizzare e rispondere alle minacce alla sicurezza dei dati in modo preventivo. Sono stati inoltre redatti dei documenti per le Aziende del SSR contenenti le procedure per gestire la sicurezza informatica, anche in caso di incidenti. Oltre a ciò, la Regione, rispondendo ad un avviso dell'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale (ACN), ha ottenuto un finanziamento di un milione di euro a valere sui fondi PNRR da destinare alla realizzazione di interventi di potenziamento della resilienza *cyber* della sanità umbra, in relazione al quale, con D.G.R. n. 189/2023 ha preso atto dell'ammissione a finanziamento del progetto approvato (CUP I64F22000070006) e demandato la realizzazione dello stesso alla società *in house*, Puntozero S. c. a r.l.. In particolare, con successiva determinazione regionale n. 9148 del 30 agosto 2023, sono state affidate le relative attività - consistenti in campagne di *ethical phishing* per le aziende sanitarie al fine di valutare il livello di *awareness*, in attività di sensibilizzazione del *management* delle aziende sanitarie, mediante strumenti di formazione e seminari, nella istituzione e l'avvio del SOC Regionale (*Security Operations Center*) e nella acquisizione di strumenti/servizi necessari ad assicurare la piena ed efficiente operatività al SOC Regionale. In merito allo stato di attuazione delle stesse, è stato riferito quanto di seguito riportato:

- il primo prodotto progettuale denominato P01 “Attivazione del supporto specialistico per l’attuazione di campagne di *ethical phishing*, è stato già concluso;
- in merito al secondo prodotto, denominato P02 “Attuazione campagna di *ethical phishing* per le quattro Aziende sanitarie ed ospedaliere umbre”, che nel periodo dal 4 al 9 ottobre 2024 sono state inviate oltre n. 12.000 e-mail ai dipendenti delle Aziende fornendo le credenziali per l’accesso alla piattaforma “CyberGurU” che permette la fruizione di contenuti formativi in tema di *cybersecurity* e che, dall’11 ottobre 2024 ha preso avvio una campagna di formazione di *ethical phishing* che ha come obiettivo quello di coinvolgere tutti gli addetti ai lavori;
- per il terzo prodotto progettuale, P03 “Campagna di sensibilizzazione su *CyberSecurity* per Amministratori/Dirigenti” che è stata effettuata attività di formazione al *top management* delle Aziende che si è conclusa lo scorso 25 ottobre 2024;
- per il prodotto denominato P04 “Supporto Specifico *ICT Security* per la gestione delle infrastrutture interne alle Aziende Sanitaria/Ospedaliere e Regione Umbria”, che in data 18 settembre 2024 è stato effettuato il *kickoff* con le aziende sanitarie che sancisce la costituzione del SOC (*Security Operations Center*) Regionale - costituito da un *team* di professionisti della sicurezza IT (*Information Technology*) che monitora l’intera infrastruttura e che è organizzato per svolgere il servizio 24 ore al giorno e per sette giorni della settimana onde poter rilevare in tempo reale gli eventi relativi alla sicurezza informatica ed affrontarli in modo rapido ed in modo più efficace possibile
- al quale hanno fatto seguito le attività di *on boarding*.

3.2 La telemedicina

La Regione Umbria ha compilato un proprio piano operativo in materia, secondo le modalità previste del decreto del Ministero della salute 30 settembre 2022, a seguito della comunicazione di AGENAS con la quale la stessa invitava le regioni alla compilazione del questionario relativo al citato piano operativo sull’apposito portale, entro il termine del 4 febbraio 2023, in relazione ai fondi previsti a tal fine nell’ambito del PNRR (“Missione 6 Componente 1- Investimento 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici” - Sub misura investimento 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina”). In seguito alla valutazione di congruenza da parte di Agenas, acquisita al protocollo regionale in data 27 marzo 2023, la Giunta regionale ha approvato il Piano con D.G.R. n.

464 del 3 maggio 2023 avente ad oggetto “PNRR M6 C1 sub investimento 1.2.3.2. “Servizi di Telemedicina” Approvazione del Piano Operativo Regionale” e, con successiva D.G.R. n. 665 del 28 giugno 2023 è stato inoltre approvato il modello regionale di erogazione del servizio, che riguarda, essenzialmente, l’ECG (Elettrocardiogramma), l’holter pressorio e cardiaco e la spirometria.

Ai sensi dell’art. 3, comma 2, del decreto del Ministero della salute del 28 settembre 2023 “Ripartizione delle risorse di cui all’investimento M6-C1-1.2.3.2 “Servizi di telemedicina” del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”, pubblicato sulla G.U. del 20 novembre 2023, la “Regione capofila”¹⁰⁷ è stata individuata nella Regione Lombardia, che ha provveduto ad acquisire i servizi minimi di telemedicina, come definiti dal succitato decreto del 30 settembre 2022, per tutte le regioni che hanno presentato ad AGENAS il proprio piano. Tuttavia, la Regione Umbria, avvalendosi delle facoltà concesse dall’art. 1, comma 5, del più volte citato decreto del 30 settembre 2022 secondo cui “le Regioni capofila stipulano accordi, ai sensi dell’art. 15 l. n. 241/1990, in conformità a quanto previsto dall’art. 5, comma 6, d. lgs. n. 50/2016, con le regioni e le Province Autonome che intendono avvalersi delle attività di acquisto delle predette Regioni capofila”, ha sottoscritto con la Regione Lombardia un accordo in proposito come da D.G.R. n. 526 del 5 giugno 2024¹⁰⁸. Con tale ultima deliberazione la Giunta regionale ha, altresì, autorizzato il Referente regionale dell’accordo, a delegare in tutto o in parte l’espletamento dei suoi compiti ad un soggetto delegato, dandone tempestiva comunicazione all’altra Parte. A seguito della sottoscrizione dell’accordo è stata, quindi, adottata la determina dirigenziale n. 7855 del 17 luglio 2024¹⁰⁹ con la quale vengono delegate le attività, limitatamente all’emissione degli ordinativi verso i fornitori individuati con procedura di gara da parte della Regione Lombardia.

¹⁰⁷ O, comunque, come soggetto aggregatore ai sensi del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito in legge 23 giugno 2014, n. 89.

¹⁰⁸ Avente ad oggetto “PNRR Missione M6-Componente C1- sub investimento 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina”. CUP I97H23002260006¹⁰⁸ – Approvazione modello definitivo di accordo ex art. 15 della L. n. 241 del 7 agosto 1990, tra la Regione Lombardia Capofila e le regioni aderenti, ai sensi del D.M. Salute del 30 settembre 2022 (in G.U. n. 298 del 22 dicembre 2022), recante “Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l’adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina”.

¹⁰⁹ Avente ad oggetto “PNRR M6-C1-1.2.3.2 «Servizi di telemedicina». CUP I97H23002260006. Intervento finanziato dall’Unione Europea “NEXTGENERATION EU”. Approvazione schema di delega per l’emissione degli ordinativi di fornitura”.

Successivamente, con determinazione dirigenziale n. 10190 del 25 settembre 2024 stato approvato il piano dei fabbisogni di telemedicina, inviato dal soggetto delegato Puntozero S.c. a r.l, ed è stato individuato, sulla base della relazione tecnico-economica illustrativa delle ragioni poste alla base della scelta del fornitore e, in adesione al Lotto 2, l'operatore economico¹¹⁰. Al riguardo, nel corso dell'adunanza pubblica del 19 dicembre è stata riferita l'avvenuta sottoscrizione del contratto ed evidenziato che la Regione è in fase di avvio ed esecuzione delle relative attività in conformità al piano di connettività in sanità, che prevede la connessione a banda larga di oltre n. 280 punti regionali.

Permangono, tuttavia, perplessità che coincidono, peraltro, con quanto avvertito su scala nazionale, circa la distribuzione dei dispositivi elettronici a domicilio, le condizioni e le prestazioni offerte dalla rete informatica costituente vettore del sistema, la distribuzione dei farmaci e/o degli altri dispositivi necessari ai pazienti. A tale proposito, in riscontro al rilievo circa la mancanza di elementi di informazione sulla catena logistica che dovrà supportare tale sistema, la Regione ha riferito che *“in merito alla gestione e distribuzione dei dispositivi elettronici, nel piano dei fabbisogni e nel piano operativo, nella piattaforma software della telemedicina è stato previsto un modulo di gestione della logistica dei device e delle apparecchiature, in modo da poterne gestire sia il ciclo di vita, che le varie esigenze di assistenza e manutenzione. Tale modulo è collegato, per le assegnazioni dei dispositivi e device, con la gestione dei piani di cura dei singoli pazienti. [...]*

¹¹⁰ Individuato in RTI GPI S.p.A. – mandataria, il quale, in data 7 ottobre 2024, ha inviato il Piano operativo. Al riguardo risulta che in data 14 ottobre 2024 si è svolto un incontro tra la Regione Umbria, Puntozero S.c. a r.l., GPI S.p.A. (mandataria del RTI) per definire le indicazioni e le informazioni necessarie, al fine di richiedere eventuali integrazioni e/o modifiche al Piano Operativo, richiesta inviata dalla società Punto Zero in data 18 ottobre 2024. L'Amministrazione regionale, con le deduzioni del 16 dicembre, in riscontro alla rilevata mancanza di elementi di aggiornamento, ha specificato che *“il fornitore RTI GPI S.p.A. con nota del 20/11/2024 ha trasmesso il Piano Operativo definitivo.*

Con D.D. n. 12587 del 29/11/2024 “PNRR Missione 6 - C1 – sub Investimento 1.2.3.2 “Servizi di telemedicina”. Infrastruttura Regionale di Telemedicina – CUP I97H23002260006 - Finanziato con fondi “Next generation EU”, Regione Umbria ha approvato e sottoscritto il Piano Operativo e lo Schema di contratto applicativo con il fornitore RTI GPI S.p.A.. Come previsto dall’Accordo tra Regione Lombardia e Regione Umbria, l’Amministrazione contraente ha trasmesso a Regione Lombardia, ad Aria S.p.A. e ad AGENAS, copia del Contratto Applicativo sottoscritto dalle parti, il Piano dei fabbisogni e il relativo Piano operativo per la realizzazione dell’Infrastruttura regionale di Telemedicina. Sono state avviate le attività finalizzate al dispiegamento della piattaforma software e sono già stati effettuati n. 2 incontri tra il fornitore, i servizi regionali dell’assistenza ospedaliera e territoriale, il servizio informatico e la società in house Puntozero”.

Le funzioni del Centro servizi¹¹¹ e dei Centri erogatori dovranno essere coordinate con le Centrali Operative Territoriali nella gestione logistica dei device e, in particolare, relativamente al servizio di Telemonitoraggio. Nelle prossime fasi di dispiegamento del progetto dovranno essere definiti insieme alle aziende i soggetti, i ruoli e le funzioni sia del Centro servizi che dei Centri erogatori. [...]

Nella Regione Umbria la consegna a domicilio di farmaci e dispositivi medici avviene nel rispetto di quanto disciplinato a livello nazionale e si colloca nel complesso delle prestazioni erogate nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) prevista dai LEA. Con tale termine si intende infatti tutto l'insieme delle cure socio-sanitarie cioè di carattere medico, infermieristico, riabilitativo e assistenziali che vengono erogate a domicilio. [...]

Il servizio di consegna a domicilio dei farmaci e dei dispositivi sarà integrato con l'attivazione della nuova piattaforma prevista con i finanziamenti del PNRR. Tale progetto PNRR è in corso di implementazione nel rispetto dei tempi indicati dai Target e dalle Milestone del PNRR”.

In tale ambito è stato, altresì, evidenziato che “gli interventi connessi alla telemedicina sono strettamente connessi agli investimenti legati all’infrastruttura di connettività portati avanti a livello nazionale relativi a PNRR Sanità Connessa (M1-C2-I3.1.4 Sanità Connessa), il Piano Italia a 1 giga e Italia 5G. Il piano Sanità connessa, gestito da Infratel, per la Regione Umbria prevede l'attivazione di 290 strutture sanitarie e ad oggi 180 sono in lavorazione da parte di TIM Spa aggiudicataria del lotto centro Italia. Lo stato di avanzamento del piano di connettività nazionale focalizzato è riportato nel portale <https://connetti.italia.it/it/regione/umbria/>. Nonostante l'implementazione di tali piani nazionali richiede tempi di implementazione e di migrazione non trascurabili, la Regione Umbria ha implementato ed evoluto nel tempo ed ancora più negli ultimi anni dopo la pandemia covid19, l'attuale rete sanitaria in alta affidabilità, realizzata in fibra ottica attraverso infrastrutture proprie gestite da PuntoZero e avvalendosi di servizi acquisiti nell'ambito del sistema pubblico di connettività SPC2 (AQ Consip), laddove la rete in fibra ottica regionale non è presente. Tale infrastruttura rappresenta comunque un punto fermo che agevola l'implementazione degli interventi di telemedicina previsti nei prossimi mesi”.

¹¹¹ “Il Centro Servizi, per il monitoraggio dei servizi di telemedicina, come definito nell'allegato A del Decreto 21 settembre 2022 “Approvazione delle Linee Guida per i servizi di Telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio” e nelle Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare (DM 29/4/22), si configura come una struttura tecno-operativa che dovrà farsi carico di tutti gli aspetti tecnologici e del sistema informativo della piattaforma di telemedicina”.

3.3 Le ipotesi di sviluppo per l'efficiamento

a. Introduzione

Sulla base di quanto riportato al paragrafo 3.1. si rilevano, tuttavia, dei profili di criticità concernenti la tutela e la sicurezza dei sistemi che supportano il SSR; ci si riferisce in particolare a:

- aggiornamento costante e continuo delle linee guida circa l'utilizzo del mezzo elettronico contenenti, ad esempio, le modalità per il cambio, a frequenza stabilita, delle *password*, per l'accesso e sui rischi ai quali si va incontro, per il *back-up*, ecc.;
- innalzamento del livello di sicurezza delle predisposizioni informatiche perché la minaccia assume ogni giorno forme e dimensioni sempre più sofisticate e complesse;
- mancanza di un *disaster recovery*, anche virtuale, che consentirebbe, nei casi di intrusione malevola, di poter recuperare tutto ciò che è stato fatto e tutto quello che è detenuto dalle banche dati. Questo nel caso della ricerca dello "storico" del paziente in questo settore ha la sua importanza e non è cosa di poco conto;
- assenza di applicazioni (*app*) che, supportate da una rete informatica avente prestazioni adeguate che non sembra siano attualmente all'altezza delle richieste sempre più pressanti provenienti dall'utenza, consentirebbero di essere aderenti ai bisogni dell'utenza e veloci nella risoluzione dei loro problemi;
- contrasto a minacce *cyber* che hanno già colpito strutture sanitarie anche limitrofe alla Regione Umbria e che costituiscono un vero problema anche alla luce della citata recente direttiva europea "Direttiva CER 2".

Occorre quindi sviluppare un sistema informatico evoluto, in linea con il livello di innovazione tecnologica che ha rivoluzionato anche il settore sanitario sulla spinta dell'offerta di nuove tecnologie abilitanti quali: la telemedicina - della quale abbiamo trattato nel precedente paragrafo - l'uso di dispositivi IOT (*Internet of things*) per il monitoraggio dei pazienti da remoto, l'implementazione delle cartelle cliniche elettroniche e, ancora, tra gli altri, dispositivi elettromedicali connessi, *robot* chirurgici e *software* di gestione clinica. È evidente che la digitalizzazione sta dischiudendo nuove frontiere nella gestione della salute, ma, nello stesso tempo, sconta ancora la vetustà della maggioranza delle infostrutture e dei processi che dovrebbero essere di supporto per contrastare la crescente esposizione a rischi legati alla *cybersecurity*.

Il *report* dell'ACN dal titolo "*La minaccia cibernetica nel settore sanitario*", di recente pubblicazione e disponibile sul portale dell'Agenzia, che ha messo in evidenza l'aumento degli attacchi al settore rispetto allo scorso anno - tra i quali quelli che hanno avuto maggiore risonanza mediatica si sono registrati per l'interruzione dei servizi, con forti disagi per la comunità, ha anche posto sotto i riflettori altri impatti sulle infrastrutture IT come esfiltrazioni di dati, modifiche agli stessi (e quindi perdita dell'integrità, con conseguente impossibilità per gli operatori sanitari di utilizzare alcuni macchinari) e cancellazione di *files*. Tale richiamo dell'ACN al settore si è concretizzato - attraverso il *report* - con la declinazione delle linee guida da seguire per permettere al comparto sanitario di disporre di un percorso chiaro, condiviso e monitorabile; l'ACN ha indicato i tre punti critici individuati, raggruppandoli in:

- 1) gestione decentralizzata dei sistemi digitali: ovvero la mancanza di una politica IT centralizzata nella struttura che controlli, governi e razionalizzi i sistemi IT e OT (*Operational Technology*) e la *supply chain*;
- 2) obsolescenza dei dispositivi: indicando con questo termine la vetustà informatica degli apparati medicali che spesso - per il lungo ciclo della vita - espongono sistemi non più aggiornabili o non più supportati nonché soggetti a facili attacchi;
- 3) carenza quantitativa e qualitativa di personale dedicato alla *cybersecurity*. Problema comune a molti altri mercati ma che, in quello sanitario, è ancora più evidente.

b. Gestione decentralizzata dei sistemi digitali

Uno dei principali obblighi derivanti dalla normativa europea in tema di protezione dei dati personali (RGPD - *Regolamento generale sulla protezione dei dati*) è la salvaguardia delle informazioni sensibili dei pazienti. Il RGPD impone alle strutture sanitarie di trattare i dati sanitari con il massimo grado di attenzione, stabilendo precise regole sulla raccolta, sulla conservazione e sul trattamento delle informazioni. In questo contesto, la "*privacy by design*" e la "*privacy by default*" diventano principi fondamentali. Tra i rischi più comuni associati alla protezione dei dati vi è la duplicazione non autorizzata delle informazioni, spesso dovuta alla cattiva gestione dei sistemi informatici o alla mancanza di protocolli chiari per il trattamento dei dati, come, ad esempio, l'archiviazione di dati medici in più "*server*" o dispositivi senza adeguati meccanismi di controllo. Inutile sottolineare come la mancata centralizzazione dei sistemi - e la marcata

divisione tra i settori IT e ingegneria clinica – espone al rischio di lacune di controllo e di non conformità dei sistemi.

c. Obsolescenza dei dispositivi

Anche l'obsolescenza dei dispositivi, criticità diffusa e nota, costituisce una delle principali aree di vulnerabilità in termini di sicurezza informatica, in quanto i dispositivi medici sono spesso collegati a reti interne e gestiti tramite *software*. Dalle apparecchiature di risonanza magnetica ai ventilatori, ogni dispositivo connesso può essere utilizzato come punto d'ingresso per accedere ai sistemi di gestione delle strutture sanitarie. Criticità derivano anche dalle difficoltà di aggiornamento dei relativi *software* in quanto spesso, l'obsolescenza tecnica interessa anche il sistema operativo di funzionamento ed impedisce l'implementazione di adeguati *patch* di sicurezza.

A tal proposito l'Amministrazione, con la richiamata nota del 16 dicembre 2024, ha evidenziato che *“tali apparecchiature, di norma, non sono collegate alla rete internet e tantomeno esposte all'esterno con indirizzi o porte tcp/ip (transfer control protocol/internet protocol) pubbliche, se non per la manutenzione, attraverso sistemi collegamento tramite VPN (Virtual Private Network) o reti protette.*

Per mitigare ulteriormente i possibili rischi dovuti a trattamenti non consentiti di dati e informazioni sanitarie raccolte tramite queste apparecchiature, le stesse, nei casi in cui si rilevano potenziali criticità, possono essere inserite in reti di collegamento separate e segmentate, ad esempio tramite VLAN (Virtual Local Area Network), isolate e non accessibili agli altri dispositivi della rete aziendale.

In altri casi a tali dispositivi possono essere aggiunti degli apparati di frontiera (endpoint firewall) a protezione del dispositivo sia verso sé stesso che verso gli altri dispositivi della rete a cui appartengono”.

Inoltre, gli attacchi informatici alle apparecchiature, oltre a compromettere la tutela della riservatezza dei sensibilissimi dati trattati, possono anche interferire con la funzionalità delle stesse, fino a mettere a rischio la vita dei pazienti. Al riguardo, il Garante per la *privacy* è intervenuto sottolineando che la sicurezza di tali dispositivi *“deve essere garantita attraverso la corretta valutazione del rischio e un'adeguata protezione dei dati, per evitare trattamenti non consentiti di informazioni sanitarie raccolte tramite queste apparecchiature”.*

d. Carenza quantitativa e qualitativa di personale dedicato alla "cybersecurity"

Molte strutture sanitarie non dispongono di esperti IT specializzati in sicurezza informatica e, di conseguenza, si trovano impreparate ad affrontare attacchi sempre più sofisticati. Questa carenza si riflette in una implementazione inadeguata di strategie di "cybersecurity" e in una gestione inefficace delle emergenze legate a violazioni di dati o malfunzionamenti di sistemi critici. La digitalizzazione dell'assistenza sanitaria richiede competenze specifiche che vanno oltre la semplice manutenzione dei sistemi informatici ed è, pertanto, necessario, pertanto, assicurare la presenza di figure professionali in grado di analizzare i rischi, di progettare infrastrutture sicure e di sviluppare piani di risposta adeguati ai possibili incidenti.

Al riguardo con le deduzioni del 16 dicembre 2024, l'Amministrazione ha riferito che "Il Data Center Regionale Unitario (DCRU), è stato definito dalla LR n.9/2014 come polo regionale unico presso il quale allocare una infrastruttura ICT pubblica al servizio dell'intera PA dell'Umbria nonché degli istituti della formazione e ricerca e degli operatori privati.

Il DCRU è arrivato ad ospitare oltre 1.400 sistemi virtuali ed eroga oltre 400 servizi applicativi per la PA Umbra. Coerentemente, è necessario prevedere un potenziamento delle componenti di ICT Security che possa soddisfare sia le esigenze del DCRU come polo regionale unico, sia quelle degli Enti che gestiscono dati sensibili ed erogano servizi critici, come le Aziende Sanitarie/Ospedaliere Umbre e la Regione Umbria stessa. In questo contesto trova la sua giusta collocazione l'istituzione di un Security Operation Center (SOC) regionale che, oltre a fornire il necessario supporto sui temi di ICT Security, fornisca anche una visione d'insieme coordinata e coerente rispetto alle politiche di ICT Security tra tutti i principali Enti della regione.

Il SOC Regionale, gestito da PuntoZero, è organizzato per l'erogazione di servizi H24x365gg/anno.

Un team di esperti monitora costantemente, mediante appositi strumenti, i log che provengono dal DataCenter, dagli apparati di infrastruttura, dalle sonde di sicurezza, dai vari strumenti di sicurezza (Firewall, IPS/IDS, antivirus, etc) e dalle fonti log che sono state conferite dagli enti al SIEM (Security Information and Event Management) dedicato. Nel caso in cui venga riscontrato un problema, il personale del SOC interviene direttamente o coinvolge le strutture sistemistiche interessate dall'anomalia; qualora il supporto venga richiesto fuori dall'orario di lavoro vengono contattati i reperibili di turno al fine di assicurare la copertura H24x365gg/anno".

Nel corso del contraddittorio orale svolto nell'adunanza pubblica del 19 dicembre 2024, l'Amministrazione ha riferito che il *data center* regionale, al quale sono collegate tutte le Aziende, è in fase di qualificazione da parte di ACN (qualificazione che prevede un percorso di adeguamento) e che è in fase di realizzazione il secondo nodo presso Foligno, al fine di evitare perdite di dati in caso di *Disaster recovery* e di garantire la continuità operativa in ambito sanitario. Inoltre, è stato rappresentato che il *data center* regionale è collegato al PSN (Polo Strategico Nazionale), il quale conserva i dati sensibili sia a livello nazionale, sia a livello regionale, compresi quelli sanitari e che, di conseguenza, le Aziende usufruiscono sia del *data center* regionale, che del PS, un sistema che è supportato da una infrastruttura di rete protetta, realizzata a livello di accordo quadro nazionale, e da un sistema pubblico di connettività.

e. Considerazioni

L'esigenza che emerge dai vari studi è comune: è necessario un urgente *focus* su tale ambito sia in termini di tecnologia di *cybersecurity* specializzata, ma anche di pianificazione di adeguate strategie, al fine di assicurare l'indispensabile livello di sicurezza che consenta al comparto sanitario di potersi concentrare sui primari obiettivi di cura, assistenza, ricerca e, al contempo, di assicurare adeguata tutela ai dati e ai diritti della comunità servita. Peraltro, una vera e propria spinta digitalizzazione del settore (telemedicina, *app*, ecc.), basata sempre più su tecnologie ed informatica, produrrebbe risparmi economici e di tempo significativi.

CAPITOLO IV

GLI ASSETTI CONTABILI E FINANZIARI DELLA SANITA' REGIONALE

Sommario: 4.1 La spesa sanitaria. 4.2 Il ciclo di programmazione della spesa. 4.3 Il finanziamento del SSR della Regione Umbria. 4.4 La sanità nel bilancio regionale. 4.5 Il monitoraggio dei conti del SSR della Regione Umbria. La programmazione della spesa per beni e servizi sanitari. 4.6 I principali ambiti di spesa sanitaria.

4.1 La spesa sanitaria

Nel 2022 la spesa sanitaria delle famiglie ha rappresentato il 2,2% del PIL nazionale; le famiglie italiane hanno contribuito, con risorse proprie, alla spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) per una quota pari al 24,1%, con un aumento di 0,4 punti percentuali, rispetto al 2004. In ambito nazionale, la spesa sanitaria in rapporto al PIL per il quinquennio 2020-2024 si attesta in media sul 6,7% (6,2% nel 2023)¹¹². Per le dinamiche di medio-lungo termine, si rinvia alle più recenti previsioni elaborate sulla base dello scenario EPC-WGA *Baseline*, in coerenza con le ipotesi concordate in ambito europeo dell'*Economic Policy Committee-Working Group on Ageing Population*, EPC-WGA¹¹³.

Secondo i dati ISTAT del sistema dei conti della sanità (ISTAT-SHA- *System Health Accounts*), la spesa sanitaria per il 2023 è pari a 176.153 milioni di euro così ripartiti:

- 130.291 milioni di euro, spesa pubblica;
- 45.862 milioni di euro, spesa privata, di cui 40.641 milioni di euro riferiti alla spesa *out of pocket* e 5.221 milioni di euro alla spesa intermediata, di cui:
 - 3.988 milioni di euro tramite assicurazioni sanitarie volontarie;
 - 445 milioni di euro attraverso istituzioni senza scopo di lucro;
 - 788 milioni di euro mediante imprese.

Rispetto al 2022, l'aumento della spesa sanitaria totale (+2,5%) è stato sostenuto esclusivamente dalla spesa *out of pocket* (+10,3%) e da quella intermediata (+11,8%), come esposto nella seguente tabella:

¹¹² V. Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2026.

¹¹³ Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a giugno 2024-Rapporto n. 25.

Tabella 13 – Spesa sanitaria 2022-2023 – Componenti pubblica e privata

	2022	2023	Delta	Delta (%)
Totale spesa sanitaria	171.867	176.153	+4.286	+2,5%
Spesa pubblica	130.364	130.291	-73	-0,1%
Spesa privata	41.503	45.862	+4.359	+10,5%
Out-of-pocket	36.835	40.641	+3.806	+10,3%
Intermediata	4.668	5.221	+553	+11,8%

Fonte: Rapporto Gimbe 2024 (dati ISTAT- System Health Accounts -SHA-)

La tabella che segue riporta la ripartizione della spesa sanitaria pubblica per funzioni di assistenza per gli anni 2022 e 2023:

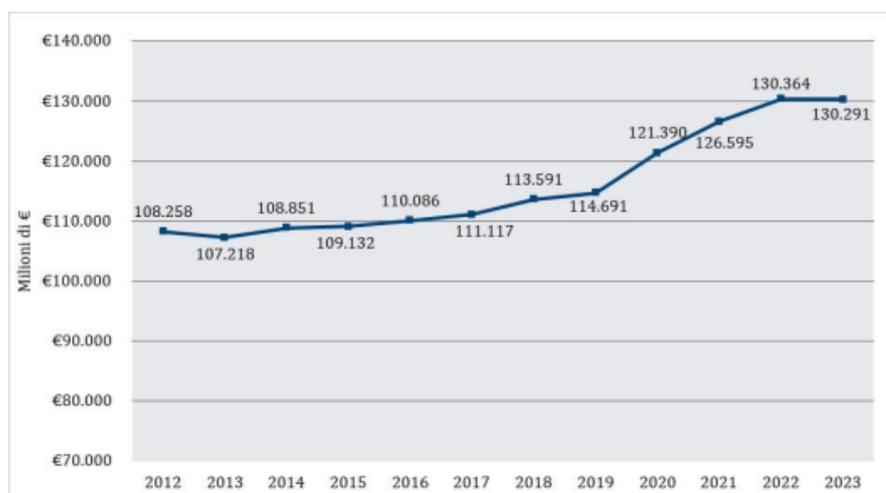
Tabella 14 – Spesa sanitaria 2022-2023 per funzioni di assistenza

Tipo di funzioni di assistenza sanitaria	2022	2023	Delta	Delta (%)
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	74.165	74.747	582	0,8%
Assistenza sanitaria a lungo termine	12.834	13.147	313	2,4%
Servizi ausiliari	11.852	12.124	272	2,3%
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	19.763	20.385	622	3,1%
Servizi per la prevenzione delle malattie	10.386	8.453	-1.933	-18,6%
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.364	1.435	71	5,2%
TOTALE	130.364	130.291	-73	-0,1%

Fonte: Rapporto Gimbe 2024 (dati ISTAT- System Health Accounts -SHA-)

Secondo i dati ISTAT- System Health Accounts-SHA, la spesa sanitaria pubblica nel periodo 2012-2019 è rimasta sostanzialmente stabile, con un lieve aumento tra il 2018 e il 2019, in linea con la “stagione dei tagli” al FSN. Dal 2020 al 2022, grazie alle risorse investite per fronteggiare la pandemia COVID-19, si è osservato un incremento significativo della spesa: 130.364 milioni di euro nel 2022, rispetto ai 114.691 milioni di euro del 2019; nel 2023 la spesa sanitaria si è stabilizzata sui livelli dell’anno precedente. Il grafico che segue evidenzia tale andamento:

Grafico 7 – Andamento spesa sanitaria



Fonte: Rapporto Gimbe 2024 (dati ISTAT- System Health Accounts -SHA-)

Con riguardo alla spesa sanitaria privata - quella sostenuta direttamente dalle famiglie (“out of pocket”) e quella intermediata da fondi sanitari, assicurazioni e altri “terzi paganti” - e, in particolare alla spesa “out of pocket”, nel periodo 2012-2022 la stessa ha registrato un incremento medio annuo dell’1,6. Tuttavia, nel 2023 si è registrata una significativa crescita della spesa sanitaria a carico dei cittadini (+10,3%), pari ad euro 3.806 milioni rispetto al 2022. Relativamente alle singole componenti di tale spesa, nel periodo 2012-2022 l’incremento più rilevante riguarda la spesa per assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (+ euro 2.760 milioni) e quella per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (+ euro 2.503 milioni). Nel 2023 la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie ammonta a 40.641 milioni di euro.

È necessario, comunque, evidenziare che dai rapporti redatti sia da ISTAT che dall’Osservatorio GIMBE risulta che l’andamento di tale spesa è influenzato da molteplici variabili e che “la spesa delle famiglie risulta più elevata nelle Regioni più ricche e/o con più elevata qualità dei servizi sanitari, documentando che la spesa out-of-pocket non è un indicatore affidabile per valutare la riduzione delle tutele pubbliche”.

4.2 Il ciclo di programmazione della spesa

Secondo l’attuale assetto definito dalla legge costituzionale n. 3/2021 di riforma del Titolo V della Costituzione, la tutela della salute è materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, con conseguente coesistenza dei due livelli di governo nella gestione

del servizio sanitario. Spetta, infatti, alla legislazione esclusiva dello Stato, la determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni (LEP), declinati in sanità nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) - da garantire su tutto il territorio nazionale in condizioni di efficienza ed appropriatezza, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e destinando le risorse necessarie al loro finanziamento - e, alle Regioni, l'organizzazione territoriale dei propri Servizi sanitari regionali (SSR).

Le modalità di governo di tale sistema hanno trovato la loro espressione nella definizione di Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, nel sistema di monitoraggio delle *performance* regionali e dei conti sanitari nazionali, nella verifica degli adempimenti e nel conseguente "sistema premiale", nonché nei Piani di rientro regionali e degli Enti del SSN.

In dettaglio, a partire dall'anno 2000, la definizione del sistema di *governance* nel settore sanitario è stata individuata nelle Intese Stato-Regioni - in genere recepite con apposita disposizione normativa - mediante le quali lo Stato e le Regioni convengono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa, al fine di individuare le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo, e sono definite anche le regole del governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti a carico delle Regioni.

Tra gli atti adottati nel corso degli anni occorre segnalare l'Accordo dell'8 agosto 2001 con il quale è stato introdotto il "sistema premiale" consistente nel subordinare l'erogazione alle Regioni di una parte del finanziamento del SSN (fissata dalla legge e denominata "quota premiale") al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, tra i quali, *in primis*, l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio di ciascun Servizio sanitario regionale (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente.

Inoltre, sempre a seguito di quanto previsto dal medesimo Accordo, con D.P.C.M. 29 novembre 2001 sono stati definiti i LEA - al fine di rendere noti e condivisi i contenuti delle prestazioni da assicurare da parte di ciascun SSR, le regole di compartecipazione in ordine alle prestazioni sociosanitarie, nonché evidenziare le prestazioni totalmente escluse dai LEA, ovvero quelle incluse per particolari soggetti e in particolari condizioni - aggiornati, da ultimo, con D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

Il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato rappresenta il fabbisogno sanitario nazionale standard

ed è determinato annualmente con legge statale, tramite Intesa, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. A partire dall'anno 2013 nella definizione dei fabbisogni sanitari è stata applicata la metodologia dei costi standard, una impostazione che migliora l'assetto istituzionale, sia in fase di riparto delle risorse, sia in relazione all'analisi delle situazioni di inefficienza o inadeguatezza (anche attraverso il raffronto tra le varie regioni), fornendo un ulteriore elemento di valutazione della programmazione in atto.

Inoltre, sempre nell'ambito del federalismo fiscale e, in particolare, in materia di armonizzazione dei bilanci, il d.lgs. n. 118/2011 ha introdotto, tra le altre, disposizioni finalizzate a garantire un'agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario, sia mediante la possibilità per le Regioni di istituire la Gestione Sanitaria Accentrata, sia attraverso la perimetrazione nel bilancio regionale delle entrate e delle uscite sanitarie sia, infine, nell'ambito della trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario, mediante l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità.

Con il menzionato Accordo dell'8 agosto 2001 è stato introdotto anche l'attuale impianto del sistema di monitoraggio dei conti sanitari, strumento di verifica dell'equilibrio economico dei Servizi Sanitari Regionali. Inoltre, la successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nel confermare i precedenti adempimenti oggetto di verifica annuale ai fini dell'accesso alla quota premiale, ne ha aggiunti ulteriori ed ha disposto la costituzione dei due Tavoli di monitoraggio attualmente operanti in campo sanitario: il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il MEF, e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi i Tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione e il supporto delle agenzie sanitarie quali l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA). Il monitoraggio dei conti del SSN costituisce la base per la verifica del rispetto della garanzia dell'equilibrio annuale del bilancio sanitario da parte delle Regioni, verifica che oltre a costituire, come già evidenziato, elemento di rilievo nell'ambito del "sistema premiale" in sanità, è altresì funzionale ad assicurare il rispetto degli obblighi sottoscritti in sede europea.

Il nucleo principale dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria è la rilevazione dei dati di conto economico effettuata attraverso lo specifico modello di rilevazione CE che ciascun ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e ciascuna Regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra-regionali) trasmette al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), a preventivo, trimestralmente e a consuntivo di ogni anno. A partire dall'entrata in vigore del Titolo II del d.lgs. n. 118/2011 nel 2012, al modello CE si è aggiunto il modello SP, relativo alle rilevazioni dei conti patrimoniali. A consuntivo viene, inoltre, effettuata un'ulteriore rilevazione relativa ai ricavi e ai costi dei presidi a gestione diretta delle ASL, mediante il modello CP che permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli presidi a gestione diretta delle ASL che confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza.

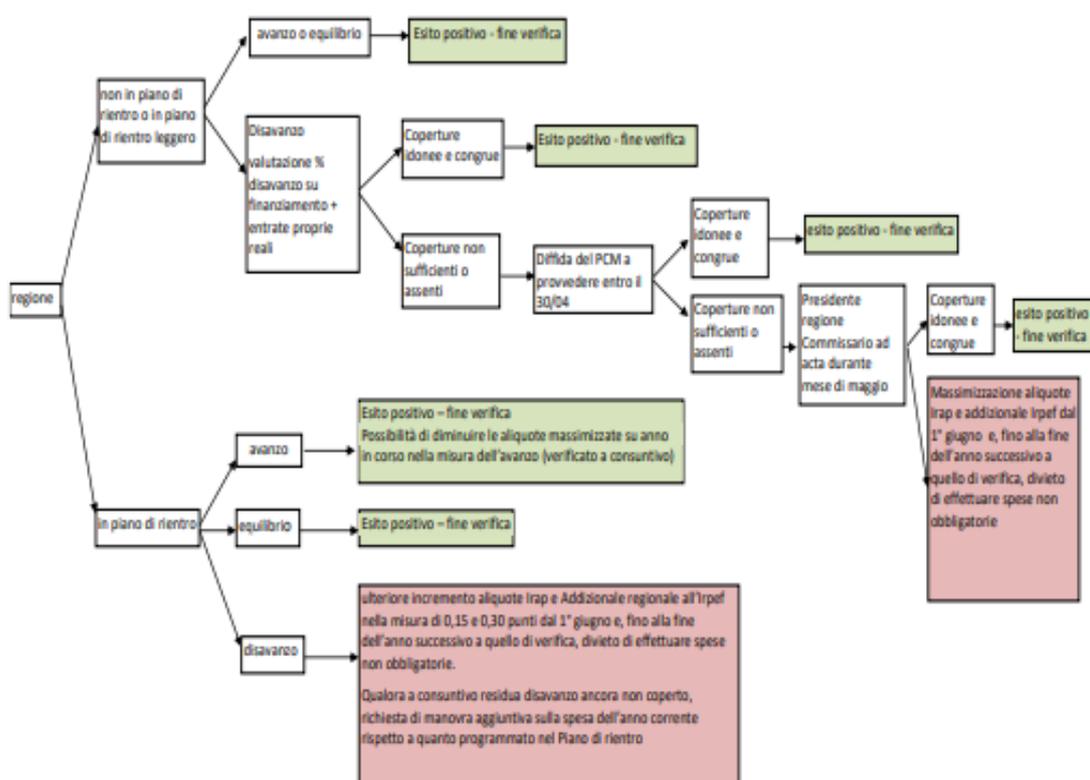
Sono altresì previste rilevazioni a consuntivo relative ai costi dei livelli di assistenza mediante l'invio del modello di rilevazione LA, nel quale sono esposti i costi riclassificati per destinazione assistenziale. Tali informazioni consentono di valutare la destinazione funzionale delle risorse del SSN e sono alla base della costruzione degli indicatori di costo sui LEA riportati in allegato all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 ed utilizzati per la definizione dei costi standard.

Ai predetti monitoraggi, a partire dal 2001, si è aggiunto anche quello trimestrale dei fattori di spesa, svolto a livello centrale sulla base delle rendicontazioni contabili delle singole aziende sanitarie e delle regioni, anche finalizzato alla possibilità di effettuare valutazioni previsionali più efficaci e congrue ai fini della programmazione finanziaria. I dati di CE (Conto Economico) trasmessi al NSIS costituiscono la base per il monitoraggio trimestrale e consuntivo dei conti sanitari regionali con cadenza trimestrale, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali al quale, per le Regioni sottoposte a Piano di rientro si affianca, in seduta congiunta, il Comitato LEA. A partire dai dati CE di ciascun trimestre e sulla base delle ulteriori informazioni desunte dalla verifica trimestrale sono anche elaborate delle proiezioni del risultato di esercizio di fine esercizio e, nel caso emerga un disavanzo atteso, la Regione è invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la spesa entro i livelli programmati ovvero, limitatamente alle regioni non in piano di rientro, ad adottare le misure di copertura tali da assicurare al SSR risorse aggiuntive adeguate alla copertura del disavanzo prospettico.

Nell'ambito della procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali, definita dall'art. 1, comma 174, l. n. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005), nei mesi di febbraio-marzo il Tavolo di verifica degli adempimenti convoca ciascuna regione per la valutazione del risultato di gestione sulla base del modello CE "Riepilogativo regionale" al IV trimestre. Nel caso in cui il risultato consista in un avanzo o nell'equilibrio, la verifica viene chiusa positivamente, mentre, nel caso di accertamento di un disavanzo, la procedura prevede l'analisi della idoneità e congruità delle misure di copertura predisposte dalla Regione al fine di ottemperare all'obbligo, definito dalla legislazione vigente, di dare integrale copertura ai disavanzi sanitari regionali.

La disposizione normativa citata prevede un sistema sanzionatorio - finalizzato a garantire l'equilibrio del sistema sanitario - le cui misure possono giungere anche alla nomina di un commissario governativo con conseguente limitazione della sovranità regionale circa la scelta delle modalità di copertura del disavanzo sanitario; inoltre, in caso di inerzia del commissario, le misure possono addirittura comportare un incremento delle imposte a carico dei cittadini.

La procedura seguita per la verifica del risultato di gestione, ai sensi della menzionata normativa, è riepilogata nello schema seguente:



Fonte: Monitoraggio della spesa sanitaria – Rapporto n. 10, MEF, dicembre 2023

Per quanto concerne le *fonti del finanziamento* del SSN e i *criteri di riparto* il meccanismo di finanziamento è stato delineato dal d. lgs. n. 56/2000 il quale ha previsto un sistema basato sulla capacità fiscale regionale, corretto da adeguate misure perequative. In particolare, il fabbisogno nazionale standard è finanziato dalle seguenti fonti:

- entrate proprie degli enti del SSN (“*ticket*” e ricavi derivanti dall'attività “*intramoenia*” dei propri dipendenti);
- fiscalità generale delle Regioni quale l'IRAP (nella componente di gettito destinata alla sanità) e l'addizionale regionale all'IRPEF. Le risorse rivenienti dalle due imposte sono integralmente erogate alle Regioni mensilmente, come previsto dall'art. 77-*quater*, del d.l. n. 112/2008. Nel caso in cui i gettiti effettivi risultino inferiori rispetto ai valori stimati per l'anno di riferimento, il differenziale viene coperto dal fondo di garanzia di cui all'art. 13 del d. lgs. n. 56/2000 mediante:
- compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti di cui ai precedenti punti;
- bilancio dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento attraverso la compartecipazione all'IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario) e attraverso il FSN.

L'ammontare delle risorse è fissato con legge statale (di norma con la legge di bilancio) e tramite intese tra Stato e Regioni viene successivamente ripartito tra queste ultime. In particolare, mediante i cosiddetti “*riparti*” viene effettuata l'assegnazione del fabbisogno alle singole Regioni ed individuate le fonti di finanziamento. Su tali riparti, proposti dal Ministero della salute, si raggiunge un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni e gli stessi sono poi recepiti con delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica - CIPE.

Con l'intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 è stato raggiunto l'accordo su un nuovo meccanismo di riparto dei finanziamenti per la sanità tra le Regioni, recepito con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 30 dicembre 2022 “*Definizione dei nuovi criteri e dei pesi relativi per la ripartizione del fabbisogno sanitario nazionale standard*”, il quale, al comma 1, dell'articolo 1, dispone che “*Il fabbisogno sanitario nazionale standard, a decorrere dall'anno 2023, è ripartito sulla base dei seguenti criteri: popolazione residente; frequenza dei consumi*

sanitari per età; tassi di mortalità della popolazione (< 75 anni); indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni”, affiancando al criterio capitario parzialmente pesato per tenere conto dell’influenza dell’età sui consumi sanitari, già precedentemente utilizzato ex d. lgs. n. 68/2011, altri parametri, ovvero la mortalità e alcuni indicatori delle condizioni socioeconomiche.

In dettaglio, dal 2023 tra i criteri di riparto sono considerati anche il tasso di mortalità della popolazione al di sotto dei 75 anni e gli indicatori relativi a particolari situazioni territoriali che sono stati ritenuti utili per definire i bisogni sanitari delle Regioni in quanto parametri idonei a riflettere le condizioni socio-economiche, quali l’incidenza della povertà relativa individuale, il livello di scolarizzazione e il tasso di disoccupazione, aggregati in un unico indice composito di deprivazione al quale concorrono con il medesimo peso. L’anno 2023 ha, quindi, costituito il primo anno in cui la quota indistinta è stata ripartita sulla base dei seguenti nuovi criteri:

- 98,5% sulla base dei criteri della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, ex art. 27, commi dal 5 all’11, del d. lgs. n. 68/2011¹¹⁴;
- 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione (< 75 anni);
- 0,75% in base all’incidenza della povertà relativa individuale, al livello di bassa scolarizzazione ed al tasso di disoccupazione della popolazione.

Il riparto delle disponibilità finanziarie per l’anno 2023 è stato determinato con le Intese Stato-Regioni del 9 novembre 2023 ed approvato con delibera CIPESS del 30 novembre 2023, per un ammontare complessivo di 128,005 miliardi di euro, in aumento rispetto al precedente anno nel quale le disponibilità erano ammontate a 125,210 miliardi di euro.

4.3 Il finanziamento del SSR della Regione Umbria

Il modello di finanziamento delle Aziende Sanitarie umbre è basato sul finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, sull’applicazione del sistema tariffario, sul finanziamento delle funzioni e su finanziamenti integrativi a garanzia dell’equilibrio economico-finanziario.

¹¹⁴ In base al sistema di riparto vigente fino alla recente riforma, i finanziamenti erano distribuiti per circa il 60% in base ad una quota capitaria semplice (non pesata) e per il restante 40% in base a quella pesata per età.

A partire dall'assegnazione del Fondo sanitario indistinto 2022, con D.G.R. n. 411 del 21 aprile 2023 la Regione ha adottato un nuovo modello di riparto stabilendo nuovi criteri di finanziamento delle Aziende territoriali e, nell'ambito delle Funzioni assistenziali ospedaliere, definito la metodologia per l'assegnazione delle funzioni assistenziali ex art. 8-sexies, comma 2, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i.¹¹⁵. In particolare, secondo quanto riportato nel documento istruttorio parte integrante alla D.G.R. n. 411/2022, la rivisitazione del modello di riparto - resa necessaria anche al fine di garantire, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, l'equilibrio del SSR nel tempo - è conseguita alla richiesta formulata alla Regione dal Tavolo MEF di monitoraggio dei conti per l'esame del Bilancio d'esercizio 2021, di relazionare in merito ai "razionali utilizzati nella attribuzione del finanziamento a funzioni e la verifica di coerenza delle tematiche oggetto di finanziamento a funzione con l'articolo 8 sexies, comma 2, del decreto legislativo n. 502/1992". In seguito a tale richiesta, la Direzione Regionale Salute e Welfare ha stabilito di avviare una collaborazione con Agenas per il supporto nella definizione dei nuovi criteri di finanziamento delle Aziende territoriali e, nell'ambito delle Funzioni assistenziali ospedaliere, dei criteri da utilizzare per la definizione di una metodologia per l'assegnazione delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexies, comma 2, del d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. La metodologia proposta da Agenas e adottata dalla Regione per l'anno 2022 ha previsto la ripartizione dell'85% delle risorse sulle diverse percentuali destinate ai LEA dal riparto nazionale e del restante 15% delle risorse sulla base della popolazione residente non pesata (popolazione non pesata al 1° gennaio 2021 per il riparto 2022), mentre i finanziamenti a funzione sono assegnati in termini assoluti (in quanto risultanti dalla valorizzazione a standard/costo di alcuni specifici fattori produttivi).

Con successiva D.G.R. n. 357 del 22 aprile 2024 con la quale è stato adottato il documento recante "Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023 - Fondo Sanitario Indistinto" sono stati altresì approvati i criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie

¹¹⁵ Nella menzionata D.G.R. n. 411/2022 si legge che "Secondo quanto Il modello è volto a:
- realizzare un sistema di finanziamento che garantisca assegnazioni certe fin dall'inizio dell'esercizio;
- garantire la stabilità dei criteri di riparto nel tempo;
- finanziare le Aziende sulla base di quote di percentuali di accesso al totale del fondo sanitario in linea con i criteri nazionali, tenuto conto nel tempo delle specificità territoriali;
- definire una metodologia per l'assegnazione delle funzioni assistenziali ex art. 8 sexies, comma 2, del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.;
- favorire la trasparenza del sistema di finanziamento del SSR e la sua condivisione da parte di tutti gli attori coinvolti".

Locali in aggiornamento della DGR n. 411/2023, sulla base del documento metodologico elaborato da AGENAS, in coerenza con il mutato quadro normativo nazionale di riferimento¹¹⁶.

In coerenza con il documento metodologico adottato con la DGR n. 411/2023 anche per l'anno 2023 una quota del fondo sanitario regionale, è stata trattenuta in Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), individuata con Delibera della Giunta regionale n. 1594 del 16.12.2011 ai sensi dell'art. 22 del citato d.lgs. n. 118/2011, presso la Regione nell'ambito del Servizio *“Programmazione economico-finanziaria, degli investimenti e controllo di gestione delle Aziende Sanitarie”* ora denominato *“Servizio Programmazione Economico Finanziaria, Controllo di gestione e reporting delle Aziende Sanitarie Regionali, GSA”*.

Per l'anno 2023, per la Regione Umbria il fabbisogno, incrementato delle disponibilità assegnate per far fronte ai maggiori costi determinati dall'aumento del prezzo delle fonti energetiche¹¹⁷, è risultato il seguente:

¹¹⁶ Nell'atto si legge che *“Il riparto per l'anno 2022 costituiva infatti, una prima applicazione dei nuovi criteri di finanziamento delle Aziende del SSR della Regione Umbria, stante la necessità di procedere ad una completa revisione del meccanismo di finanziamento delle Aziende Sanitarie Regionali, che dispiegherà i suoi effetti nel tempo”*.

In dettaglio, per l'esercizio 2023 l'assegnazione delle risorse alle Aziende USL è stata determinata applicando la formula del riparto nazionale, come prevista dal d. lgs. n. 68/2011 e modificata dal decreto del 30 dicembre 2022 (riparto del 98,5% delle risorse secondo la popolazione pesata e sulle percentuali dei LEA e per il restante 1,5%, lo 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione (< 75 anni) e per lo 0,75% in base all'indice composito di deprivazione (incidenza della povertà relativa individuale, livello di bassa scolarizzazione, tasso di disoccupazione della popolazione). Per il solo anno 2023, tenuto conto dell'applicazione dei criteri nazionali per l'assegnazione del Fondo sanitario indistinto alle ASL regionali rispetto al quale si è registrato un incremento di fondo sanitario regionale del 1,5% in favore della ASL n. 1 e del 1,1% in favore della ASL n. 2, al fine di garantire ad entrambe le Aziende territoriali un incremento di fondo sanitario pari al 1,5%, è stata prevista una integrazione al finanziamento in favore della ASL n. 2.

Riguardo al finanziamento delle Aziende Ospedaliere, in linea di continuità con la metodologia di riparto adottata per la prima volta nell'anno 2022, anche il riparto 2023 è disposto mediante riconoscimento di specifiche funzioni individuate in conformità a quanto previsto dalla normativa di riferimento riconducibili alle lettere che individuano le funzioni assistenziali di cui all'art. 8 sexies, comma 2, del d. lgs. n. 502/1992 e s.m.i..

¹¹⁷ Il contributo complessivo confluito tra le risorse indistinte del FSN per far fronte ai maggiori costi determinati dall'incremento del prezzo delle fonti energetiche ex art. 1, comma 535, della legge n. 197/2022 è risultato di 1.400,00 milioni di euro (cfr. Intesa, punto n. 21 del deliberato), per una quota attribuita alla Regione Umbria di euro 41.615.221,00.

Tabella 15 – Fabbisogno sanitario Regione Umbria 2023

FABBISOGNO SANITARIO REGIONE UMBRIA ANNO 2023 (Intese Stato-Regioni nn. 262/CSR e 263/CSR del 9 novembre 2023)	
Descrizione	Importo
FSN INDISTINTO	1.859.659.589,00
UTILIZZO QUOTA PREMIALE E QUOTA PARTE OBIETTIVI DI PSN	17.695.443,00
Totale fabbisogno Umbria	1.877.355.032,00

Fonte: Corte dei conti su dati desunti dalle Intese indicate

Le fonti di finanziamento del fabbisogno, come desunte dalle richiamate Intese, sono esposte nella tabella che segue:

Tabella 16 – Fabbisogno sanitario 2023, fonti di finanziamento

FONTI DI FINANZIAMENTO FABBISOGNO SANITARIO REGIONE UMBRIA Anno 2023 (Intese Stato-Regioni nn. 262 e 263 del 9.11.2023)		
Descrizione	Importo	
Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie	34.031.402	
IRAP	246.347.258	
Addizionale IRPEF	145.970.000	
Integrazione ex d. lgs. n. 56/2000 (Compartecipazione IVA + Fondo perequativo)	1.433.310.929	
<i>Totale finanziamento FSN Indistinto</i>		1.859.659.589
Quota premiale Intesa Stato-Regioni n. 263/CSR/2023)	17.695.443	
<i>Totale finanziamento quota premiale e vincolate</i>		17.695.443
TOTALE FINANZIAMENTO FABBISOGNO 2023		1.877.355.032

Fonte: Corte dei conti su dati desunti dalle Intese indicate

La tabella che segue espone, invece, la composizione delle risorse complessivamente destinate nell'anno al SSR:

Tabella 17 – Disponibilità finanziarie complessive da destinare al finanziamento del SSR

DISPONIBILITA' FINANZIARIE COMPLESSIVE DA DESTINARE AL FINANZIAMENTO DEL S.S.R. Anno 2023		
Descrizione		Importo
Fabbisogno sanitario (Intesa Stato-Regioni 262/CSR 09.11.2023)	+	1.859.659.588,95
Fabbisogno sanitario (d.l. n. 34/2023 e d.l. n. 73/2021)	+	1.106.669,00
<i>di cui: Risorse accantonate in GSA</i>		<i>44.467.550,50</i>
Quota Premiale (Intesa Stato-Regioni 262/CSR 09.11.2023)	+	17.695.443,00
Saldo negativo mobilità interregionale (v. tab. C Intesa Stato-Regioni 262/CSR 09.11.2023)	-	31.182.858,82
Entrate convenzionali proprie Aziende	-	34.031.402,00
Obiettivi di PSN (Intesa Stato-Regioni 264/CSR 09.11.2023)	+	12.974.995,27
Altre quote vincolate FSN (farmaci innovativi, oncologici innovativi, medicina penitenziaria, sup.opg , riabilitazione termale) ecc	+	33.001.371,88
Pay-back	+	6.580.420,78
Payback da ripiano 2022	+	18.134.691,01
Mobilità internazionale	+	1.329.307,43
Svincolo avanzo	+	4.488.552,10
Partite straordinarie da Bilancio GSA	+	20.050.650,75
Risorse regionali Extra LEA	+	147.351,01
Risorse regionali Legge 210/92	+	2.852.648,99
Risorse Statali Legge 210/92	+	622.019,24
Disponibilità finanziarie complessive		1.913.429.448,59

Fonte: Corte dei conti su dati desunti dalle Intese indicate e dagli atti dell'Amministrazione regionale.

Le predette disponibilità sono state poi assegnate alle Aziende, da ultimo, con la D.G.R. n. 357/2024 *“Assegnazione in favore delle Aziende Sanitarie regionali delle risorse destinate all'erogazione dei LEA - fondo sanitario regionale indistinto 2023”* e con la D.G.R. n. 359/2024 *“Assegnazione risorse per integrazione rete ospedaliera e destinazione delle risorse disponibili a supporto dell'equilibrio economico-finanziario delle Aziende del SSR per l'anno 2023”*, nei termini esposti nella seguente tabella, con indicazione della quota accantonata in GSA. Al riguardo, anche in considerazione di quanto segnalato dal Presidente del Collegio sindacale in merito alle modalità e delle tempistiche di assegnazione delle risorse alle Aziende del SSR, si rinvia a quanto la Sezione ha già osservato nella Relazione allegata alla Decisione di parifica n. 147/2024/PARI, nonché alle verifiche che verranno operate sui bilanci di esercizio delle Aziende del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 3, del d.l. n. 174/2024 e a quelle connesse al giudizio di parifica sul rendiconto regionale per l'esercizio 2024.

ASSEGNAZIONE DELLE DISPONIBILITA' FINANZIARIE COMPLESSIVE ANNO 2023																
Descrizione	FONDO INDISTINTO			QUOTE VINCOLATE		FONDI A GARANZIA DELL'EQUILIBRIO					EXTRA-LEA	RISORSE PROPRIE	RISORSE MINISTERIALI	SALDO MOBILITA' 2023	TOTALE RIPARTO DEFINITIVO FSR E ULTERIORI DISPONIBILITA'	
	RIPARTO FSR INDISTINTO UMBRIA Anno 2023 (Intesa 262/CSR 09.11.2023 DGR. n.357/2024, DGR. n. 359/2024)	RIPARTO FSR INDISTINTO FUNZIONI - INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO UMBRIA Anno 2023 (DDGR. n.357/2024, n. 359/2024)	INDISTINTO FINALIZZATO UMBRIA Anno 2023 (Intesa 262/CSR 09.11.2023 DGR 94/2024, DGR 183/2024, DD 13466/2023, DGR N. 357/2024)	RIPARTO OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE (Intesa 264/CSR 09.11.2023 DD 13635 del 19.12.2023)	RISORSE VINCOLATE PER FARMACI ONCOLOGICI INNOVATIVI, SANITA' PENITENZIARIA, SUP.OPG., RIABILITAZIONE TERMALE (ATTI VARI)	RISORSE ULTERIORE PAY-BACK (DGR. n. 359 del 22.04.2024)	RISORSE PAY-BACK DA RIFIANO (2022) (DGR n. 359 del 22.04.2024)	SVINCOLO AVANZO (DGR n. 359 del 22.04.2024)	ULTERIORI FONDI A GARANZIA EQUILIBRIO (DGR n. 359 del 22.04.2024)	PARTITE STRAORDINARIE (DGR n. 359 del 22.04.2024)	EXTRA-LEA (DGR n. 285 del 22.03.2023 e DGR n.1356 del 20.12.2023)	Indennizzi per danni da trasfusioni e da vaccinazioni LEGGE 210/92 (DGR n. 1330/2023, DGR n. 1368/2023, DD n.14071/2023)		EXTRA -REGIONALE (quota a carico dei bilanci aziende)	TOTALE (al netto dei ricavi ed entrate proprie e saldo di mobilità negativo)	
AUSL UMBRIA N. 1	850.795.694	5.101.586	14.485.090	5.211.313	15.234.165	4.683.461	5.440.407	2.894.222			59.119	1.838.151	354.551	-	27.324.336	878.773.422
AUSL UMBRIA N. 2	645.865.668	13.241.640	15.258.707	5.230.918	10.381.075	1.896.960	5.440.407	1.316.826	25.943.542	20.050.651	88.232	1.014.498	267.468	-	30.252.916	715.743.674
A.O. PERUGIA	16.387.819	58.139.631	21.504.865	1.266.382	4.918.637		4.072.751	277.505	18.524.009						19.332.013	144.423.611
A.O. TERNI	24.073.158	25.426.842	12.873.536	1.266.382	1.832.484		3.181.125	-							20.599.203	89.252.730
Totale assegnato alle Aziende	1.537.122.338,52	101.909.699,36	64.122.197,86	12.974.995,27	32.366.360,13	6.580.420,78	18.134.691,01	4.488.552,10	44.467.550,50	20.050.650,75	147.351,01	2.852.648,99	622.019,24	-	17.646.037,14	1.828.193.438,38
Risorse tratte dalla GSA (*)															81.171.226,62	
Risorse tratte dalla GSA (**)- vincolate/finalizzate 2023 e mobilità internazionale															4.064.783,59	
Totale disponibilità finanziarie complessive anno 2023															1.913.429.448,59	

Fonte: Corte dei conti su dati dagli atti dell'Amministrazione regionale.

4.4 La sanità nel bilancio regionale

L'articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011 prevede che *"nell'ambito del bilancio, le regioni garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso"*.

Anche per il 2023 la Regione Umbria ha optato per la gestione diretta di una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario, individuando nella propria struttura organizzativa lo specifico Centro di responsabilità denominato gestione sanitaria accentrata (GSA), di cui all'articolo 22 del d. lgs. n. 118/2011. Nella relazione della Giunta al rendiconto generale 2023 della Regione, come nelle precedenti, si è evidenziato che non è stata ancora emanata la "casistica applicativa" per la puntuale definizione del perimetro contabile della GSA, ma che le Regioni in genere, compresa quella umbra, hanno concordato di intendere il "perimetro sanità" come *"l'insieme dei capitoli afferenti alle politiche socio-sanitarie del Bilancio Regionale, ivi incluse le risorse autonome regionali aggiuntive"*.

In particolare, dalla documentazione agli atti della Sezione acquisita nell'ambito delle attività connesse al giudizio di parificazione del Rendiconto regionale definito nell'udienza dell'11 ottobre 2024, risulta che le risorse trattenute in GSA per l'anno 2023, pari a complessivi euro 85.236.010,21, sono riferite per euro 4.064.783,59 alle risorse vincolate non ancora assegnate alle Aziende del SSR, come sopra specificate e, per euro 81.171.226,62, a quelle destinate alle spese direttamente gestite dalla Regione, tra le quali euro 14.213.516,19 destinate al finanziamento annuale dell'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente (ARPA), euro 30.264.262,71 destinate all'accantonamento di risorse per il sistema di autoritenzione del rischio sanitario ed euro 25.868.838,98 a futuri oneri e spese dirette della direzione.

Il perimetro sanitario, definito in sede di approvazione del "Bilancio di direzione", comprende i capitoli di entrata e di spesa relativi alla Missione 13 "Tutela della Salute" riconducibili alle aree individuate dall'articolo 20, comma 1, del richiamato d. lgs. n. 118/2011 (ad eccezione di alcuni capitoli) e alcuni capitoli di entrata e di spesa relativi alla Missione 99 "Servizi per conto terzi" inerenti alla gestione sanitaria, come evidenziato nel prospetto di seguito riportato:

Tabella 18 – Perimetro sanitario – riconciliazione

Perimetro sanitario - riconciliazione		
		Impegnato
Totale Missione 13	(A)	2.241.731.643
Totale capitoli Missione 13 non in perimetro	(B)	31.717.218
Totale capitoli Missione 99 in perimetro	(C)	323.944.635
TOTALE CAPITOLI PERIMETRO	(A-B+C)	2.533.959.059

Fonte: Corte dei conti su dati del Rendiconto 2023

Le tabelle che seguono espongono l'incidenza delle entrate e delle spese sanitarie ricomprese nel perimetro, sulle entrate e sulle spese complessive del bilancio regionale relativo all'esercizio 2023 in termini, rispettivamente, di accertamenti di competenza ed incassi totali (competenza e residui) e di impegni di competenza e pagamenti totali, al netto delle partite di giro:

Tabella 19 – Rendiconto 2023 - Entrate e spese del settore sanità

Entrate e spese del settore sanità ¹¹⁸

TITOLO	DESCRIZIONE TITOLO	ACCERTAMENTI			RISCOSSIONI TOTALI (competenza + residui)		
		TOTALE SANITA'	TOTALE REGIONE	INC. %	TOTALE SANITA'	TOTALE REGIONE	INC. %
1	ENTRATE CORRENTI DI NATURA TRIBUTARIA, CONTRIBUTIVA E PEREQUATIVA	1.825.628.186,95	2.183.629.917,02	83,61%	1.678.617.408,19	2.030.913.600,59	82,65%
2	TRASFERIMENTI CORRENTI	207.360.929,63	359.013.248,16	57,76%	189.683.235,56	295.455.203,01	64,20%
3	ENTRATE EXTRATRIBUTARIE	71.756.314,12	134.055.403,17	53,53%	135.890.371,88	190.972.615,78	71,16%
4	ENTRATE IN CONTO CAPITALE	96.852.776,28	216.881.116,78	44,66%	17.785.825,57	81.862.882,37	21,73%
5	ENTRATE DA RIDUZIONE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE		52.551.474,55	0,00%		166.670.017,28	0,00%
6	ACCENSIONE PRESTITI						
TOTALE		2.201.598.206,98	2.946.131.159,68	74,73%	2.021.976.841,20	2.765.874.319,03	73,10%

TITOLO	DESCRIZIONE TITOLO	IMPEGNI			PAGAMENTI TOTALI (competenza + residui)		
		TOTALE SANITA'	TOTALE REGIONE	INC. %	TOTALE SANITA'	TOTALE REGIONE	INC. %
1	SPESE CORRENTI	2.114.204.020,69	2.634.178.665,61	80,26%	2.051.646.879,52	2.560.295.598,34	80,13%
2	SPESE IN CONTO CAPITALE	95.810.403,48	251.687.845,35	38,07%	8.622.730,75	151.274.533,34	5,70%
3	SPESE PER INCREMENTO ATTIVITÀ FINANZIARIE		58.386.268,04	0,00%		46.592.610,25	0,00%
4	RIMBORSO PRESTITI		15.499.214,82	0,00%		15.499.214,82	0,00%
TOTALE		2.210.014.424,17	2.959.751.993,82	74,67%	2.060.269.610,27	2.773.661.956,75	74,28%

Fonte: Corte dei conti su dati del Rendiconto 2023

I dati evidenziano che la gestione sanitaria, al netto delle partite di giro, assorbe il 75% circa del bilancio regionale in termini sia di accertamenti, sia di impegni, mentre gli incassi e i pagamenti “sanitari” rappresentano il 73 e il 74% circa. La spesa sanitaria corrente, riferita sia agli impegni che ai pagamenti, rappresenta rispettivamente l’80,26% e l’80,13% della complessiva spesa corrente. Per ulteriori approfondimenti e dettagli, anche in relazione al bilancio di esercizio della gestione sanitaria accentrata, si rinvia alla relazione allegata alla Decisione di parificazione n. 147/2024/PARI, depositata in data 6 dicembre 2024.

¹¹⁸ L’importo degli accertamenti correnti delle “Entrate correnti di natura tributaria, contributiva e perequativa” (titolo I) di euro 1.825.628.186,95 è riferito alle entrate da IRAP, Addizionale regionale IRPEF, Compartecipazione IVA e Fondo perequativo nazionale (capitoli 00121_E, 00310_E, 00131_E, 00358_E) che finanziano parte del Fabbisogno sanitario della Regione Umbria anno 2023 al netto delle Entrate convenzionali proprie delle Aziende (euro 1.877.355.032 - euro 34.031.402 = euro 1.843.323.630). La differenza, pari ad euro 17.695.443, è finanziata dalla Quota premiale definita dalla Intesa Stato-Regioni n. 263/CSR/2023 (capitolo 02177_E), imputata tra i “Trasferimenti correnti” (titolo II).

4.5 Il monitoraggio dei conti del SSR della Regione Umbria. La programmazione della spesa per beni e servizi sanitari

Dai dati del modello CE 999 - IV Trimestre 2023, come esposti nella tabella seguente in raffronto con le risultanze del modello CE consolidato del SSR, consuntivo 2022, il SSR dell'Umbria per l'esercizio 2023 presenta un equilibrio complessivo, con un risultato positivo di euro 1.504.211,29.

Tabella 20 -I risultati del SSR per l'esercizio 2023

COSTI CE consolidato (999)		IV TRIMESTRE 2023	CONSUNTIVO 2022
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE (A)		2.142.951.007,61	2.180.661.854,00
B.1) ACQUISTI DI BENI	BA0010	433.851.918,34	415.105.787,00
B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	BA00390	802.093.693,41	802.774.597,00
B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	BA1910	46.446.657,20	43.731.737,00
B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	BA1990	16.215.231,06	15.004.823,00
TOTALE COSTO DEL PERSONALE	BA2080	660.178.250,79	658.530.519,00
B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	BA2500	10.904.257,21	10.124.426,00
TOTALE AMMORTAMENTI	BA2560	38.937.362,43	39.379.141,00
B.12) SVALUTAZIONE DELLE IMMOBILIZZAZIONI E DEI CREDITI	BA2630	3.655.888,55	900.000,00
B.13) VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	BA2660	- 5.132.719,36	- 3.795.583,00
B.14) ACCANTONAMENTI DELL'ESERCIZIO	BA 2690	120.525.973,80	166.046.031,00
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	BZ9999	2.127.676.513,43	2.147.801.478,00
TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI (C)	CZ9999	17.500,69	- 31.438,00
TOTALE RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE (D)	DZ9999	-	- 5.358,00
TOTALE PROVENTI E ONERI STRAORDINARI (E)	EZ9999	33.062.315,50	15.765.907,00
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B +/-C +/-D +/-E)	XA0000	48.354.310,37	48.589.487,00
TOTALE IMPOSTE E TASSE (Y)	YZ9999	46.850.099,08	47.124.045,00
RISULTATO DI ESERCIZIO (A-B +/-C +/-D +/-E)	ZZ9999	1.504.211,29	1.465.442,00

Fonte: Modelli CE IV trimestre 2023 e Consuntivo 2022, trasmessi dall'Amministrazione

Nel 2023 è proseguito il monitoraggio dell'andamento economico-finanziario delle gestioni aziendali, anche in considerazione dell'impatto indotto dalla pandemia, del successivo riavvio delle attività sanitarie nonché della crisi energetica. Al riguardo, risulta che si è proceduto internamente ad implementare il monitoraggio ai fini del buon andamento dell'equilibrio economico-finanziario del SSR, sia mediante verifiche trimestrali e mensili, sia mediante indicatori gestionali e contabili.

Nell'anno è, altresì, proseguita l'implementazione del piano di efficientamento e riqualificazione del SSR, approvato con la citata D.G.R. n. 1024 del 5 ottobre 2022 (cfr. Capitolo II, paragrafo 2.10.) al fine di fronteggiare ed affrontare le evidenti criticità

strutturali del sistema umbro rilevate nell'ambito del monitoraggio dei conti dell'esercizio 2022 e precedenti, ed oggetto, peraltro, di confronto con il MEF¹¹⁹.

Mediante l'adozione di tale piano, la Regione Umbria ha inteso rendere strutturale nel tempo il controllo ed il monitoraggio della spesa per beni e servizi.

In applicazione del piano, le Aziende sanitarie e ospedaliere regionali hanno elaborato specifici programmi operativi aziendali di recepimento e realizzazione degli obiettivi fissati dallo stesso, successivamente aggiornato per scorrimento all'anno 2023 con la D.G.R. n. 943 del 13 settembre 2023, come risulta anche dalle relazioni fornite dalle Aziende regionali riferentesi al 31 dicembre 2022 ed al 30 giugno 2023 sullo stato di attuazione degli interventi e delle azioni previste rispettivamente per il 2022 e 2023. In particolare, nel piano aggiornato al 2023, veniva dato mandato alle Direzioni aziendali, per quanto di competenza, ad adottare il proprio programma operativo con indicazione, oltre che delle azioni programmate, anche dell'impatto economico positivo quantificato, da garantire rispetto all'area tematica trasversale. Tuttavia, i Piani adottati non prevedevano riduzioni di costi se non per casi limitati e relativi importi.

In dettaglio, nella più volte citata D.G.R. n. 943/2023 sono state riformulate le azioni con annessa indicazione specifica degli obiettivi economici ed è stato indicato l'impatto economico atteso pari ad euro 27.480.00,00, calcolato in modo riduttivo, applicando le

¹¹⁹ L'adozione di tale Piano, come dettagliatamente illustrato nella Relazione allegata alla Decisione di parifica n. 57/2023/PARI (paragrafo 6.2), è conseguita al percorso avviato anche in considerazione delle criticità emerse in sede di verifica dei conti 2021 da parte del MEF e confermate anche dalle successive verifiche trimestrali dei conti dell'anno 2022, criticità che hanno rivelato la presenza di fattori di natura strutturale con impatto negativo sulla sostenibilità economica del sistema stesso e, in ordine ai quali, la Regione era stata invitata dal MEF "ad una approfondita riflessione in merito alla gestione strutturale del FSR, anche con riferimento all'offerta ospedaliera, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente".

In particolare, il "Piano di Efficientamento e Riquilibrato del Sistema Sanitario Regionale 2022-2024" approvato con la D.G.R. n. 1024 del 5 ottobre 2022, con l'obiettivo di "ricostituire in equilibrio la gestione economico-finanziaria dell'esercizio e garantire prioritariamente, in condizioni di efficienza e appropriatezza, l'erogazione dei LEA l'equilibrio del SSR nel tempo", trasmesso anche al Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha individuato, come esposto in precedenza, obiettivi e azioni con riferimento a tre aree tematiche: la "Rete ospedaliera"; la "Rete territoriale"; le "Aree trasversali". In dettaglio, nell'allegato alla D.G.R. n. 1024/2022 sono definiti i seguenti obiettivi specifici:

- riconfigurazione della rete ospedaliera con individuazione dei DEA II, dei DEA I e degli ospedali di base, con riconduzione del numero dei posti letto agli standard nazionali e ridimensionamento dei reparti con basse "performance";
- efficientamento della rete ospedaliera, anche attraverso la corretta gestione organizzativa dipartimentale e riassetto organizzativo dell'attività assistenziale;
- efficientamento della rete ospedaliera con effetti sul governo della dinamica dei costi;
- potenziamento delle attività distrettuali;
- governo delle liste d'attesa di specialistica ambulatoriale per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, riduzione dei tempi di attesa ed efficientamento del sistema;
- contenimento dei costi diretti di produzione e governo della dinamica dell'andamento dei costi complessivi;
- governo della spesa farmaceutica.

percentuali indicate per ciascuna azione ai dati economici del bilancio consuntivo 2022. Pertanto, l'obiettivo di risparmio è stato inteso quale riduzione di spesa sul consuntivo 2022, con invito alle Aziende regionali a valutare in modo flessibile ulteriori voci di spesa da contrarre rispetto a quelle già individuate.

Tabella 21 – Obiettivi economici Piano di efficientamento

AREA TEMATICA 3: AREE TRASVERSALI								
OBIETTIVI SPECIFICI		OBIETTIVI OPERATIVI/INTERVENTI		AZIONI	EFFETTI ATTESI		IMPATTO ECONOMICO ATTESO ANNO 2023	
CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE		DI SISTEMA	SULLA SPESA		IMPATTO OPERATIVO
3.1	Contenimento dei costi diretti di produzione e governo della dinamica dell'andamento dei costi complessivi	3.1.1	Interventi diretti sulla riduzione dei costi per l'acquisto di beni e servizi da parte del SSR.	Riduzione della spesa per beni sanitari di almeno il 3% rispetto ai dati di Consuntivo 2022 <i>(ad eccezione di quanto previsto per i punti 3.2.2 e 3.2.3)</i>		X	1.000.000,00	
				Riduzione della spesa per beni non sanitari di almeno il 4% rispetto ai dati di Consuntivo 2022		X	240.000,00	
				Riduzione del 30% rispetto ai dati di Consuntivo 2022 relativamente ai servizi sanitari ed in particolare alla voce BA1350 Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio-sanitarie		X	8.000.000,00	
				Riduzione della spesa per servizi non sanitari di almeno il 3% rispetto ai dati di Consuntivo 2022 <i>(ad eccezione delle voci CE BA0340-BA1610-BA1660-BA1670 che si riducono in maniera fisiologica tenuto conto degli andamenti del mercato)</i>		X	3.400.000,00	
		3.1.2	Riorganizzazione e riqualificazione del patrimonio mobiliare ed immobiliare delle Aziende	Riduzione della spesa dei canoni e fitti passivi di almeno il 4% rispetto ai dati di Consuntivo 2022 da attuarsi mediante la riorganizzazione delle sedi oltre che la riduzione delle sedi destinate ai servizi amministrativi		X	Intervento strettamente connesso alla centralizzazione e unificazione dei servizi amministrativi	200.000,00
				Verifica e riduzione dei costi di manutenzione e riparazione di almeno il 4% rispetto ai dati di Consuntivo 2022		X		1.700.000,00
3.2	Governo della spesa farmaceutica	3.2.1	Riduzione della spesa della farmaceutica convenzionata con allineamento progressivo al tetto	Riduzione del costo complessivo di almeno il 2% rispetto ai dati di Consuntivo 2022	X	X	Tavoli di confronto con MMG Tavoli di confronto per la valutazione dell'andamento della spesa farmaceutica convenzionata e definizione interventi e obiettivi per riduzione del costo pro-capite per singolo prescrittore allineato al target definito. 2.900.000,00	
		3.2.2	Riduzione della spesa degli acquisti diretti con allineamento progressivo al tetto	Riduzione del costo complessivo di almeno il 3% rispetto ai dati di Consuntivo 2022	X	X	Tavoli di confronto con specialisti per specifiche categorie di farmaci a maggiore impatto Tavoli di confronto per la valutazione dell'andamento della spesa farmaceutica e definizione interventi e obiettivi per riduzione del costo e allineamento al target definito. 7.000.000,00	
		3.2.3	Riduzione della spesa dei dispositivi medici con allineamento progressivo al tetto	Riduzione del costo complessivo di almeno il 3% rispetto ai dati di Consuntivo 2022	X	X	Tavoli di confronto con specialisti Tavoli di confronto per la valutazione dell'andamento della spesa farmaceutica e definizione interventi e obiettivi per riduzione del costo e allineamento al target definito. 4.000.000,00	
27.840.000,00								

Fonte: Regione Umbria

Tuttavia, per quota annualità si è registrato un tendenziale aumento dei costi derivante, oltre che dall'incremento delle attività, anche dai fenomeni inflattivi e dall'aumento dei costi incompressibili (ad esempio, adeguamenti tariffari, avvio di nuove gare, ecc.).

In particolare, secondo quanto riferito dalle Aziende, nel 2023 non è stato possibile risparmiare, anche per l'impossibilità di applicare, stante la particolarità del settore e la presenza di una serie di variabili e di dinamiche che impediscono di applicare metodiche come quella dei c.d. "tagli lineari" sui costi, ma che, al contrario, possono produrre effetti significativi solo se accompagnate da interventi strutturali a lungo termine. Nello specifico, l'aumento delle attività rispetto al 2022 e l'aumento dei prezzi dovuto alla particolare congiuntura economica, hanno determinato una crescita dei costi; su tale incremento ha

influito l'aumento delle giornate di degenza, a seguito dell'incremento dei ricoveri, oltre che l'inflazione e gli adeguamenti ISTAT previsti contrattualmente (per i costi per fitti passivi). I risparmi, di contro, si sono registrati soprattutto nell'ambito dei servizi connessi alla gestione dell'emergenza pandemica, attesa la riduzione delle spese per lavanderia, trasporti non sanitari, vigilanza, noleggio di tensostrutture e di bagni chimici, tamponi, ed altre, oltre che per utenze (ridottesi di oltre euro 20.000.000,00), risparmi che, tuttavia, non sono stati sufficienti a compensare i succitati aumenti. Anche la spesa farmaceutica ha avuto un ruolo rilevante; in particolare, come meglio dettagliato nel successivo paragrafo, la Regione Umbria continua a registrare una tendenza positiva per la spesa farmaceutica convenzionata, mentre la spesa per acquisti diretti, nonostante le iniziative intraprese e le disposizioni adottate a livello regionale (v. D.G.R. n. 305/2021) volte a contenerla ed a garantire appropriatezza prescrittiva, continua ad attestarsi su valori superiori rispetto ai tetti normativamente fissati. Dai dati presentati dalle Aziende si registra un *trend* positivo in termini di risparmio del costo medio a trattamento/paziente a fronte di un considerevole aumento dei pazienti trattati che, conseguentemente, ha influito sulla spesa, la quale, come per il resto del paese, continua a risentire del costante incremento della somministrazione di farmaci oncologici infusionali per il prevalente effetto delle nuove indicazioni autorizzate dall'AIFA (es.: linee di trattamento successive alla prima di farmaci ad alto costo), antimicrobici - in aumento a seguito dell'introduzione di nuovi prodotti ad alto costo - e radiofarmaci diagnostici (in questo caso, in particolare, ha avuto un rilevante impatto la vetustà ed il mancato funzionamento del ciclotrone dell'A.O. di Perugia in quanto ha comportato l'acquisto dei radiofarmaci da altro fornitore con conseguente aggravio della spesa). Altre voci sono aumentate, ma in maniera più contenuta (es.: soluzioni infusionali per dialisi domiciliari, ecc.), come pure la scadenza dei brevetti di farmaci con impatto economico importante ed altre spese.

Inoltre, sull'entità della spesa sanitaria influisce la non adeguata attività di prevenzione svolta, oltre al notevole ricorso dei cittadini umbri, come quelli delle regioni del Sud Italia (Sicilia, Calabria, Puglia e Campania) alla mobilità extraregionale in uscita¹²⁰, come testimoniato dai dati riferiti alla stessa, con circa 140.000 cittadini di queste Regioni che si sono rivolti a strutture sanitarie di altre regioni e, specificatamente, n. 62.000 nella sola Lombardia, alla quale occorre rimborsare spese maggiori rispetto a quanto ciascuna Regione

¹²⁰ La Regione Umbria si colloca al 7° posto tra le Regioni italiane per tale modalità nel periodo 2014-2023 e parimenti per le compensazioni ed i recuperi per gli anni 2018-2023.

è in grado di sostenere per il paziente che migra. In merito a tale aspetto, la Regione, con la nota deduttiva del 16 dicembre 2024, ha fatto presente che *“al fine di contenere il fenomeno della mobilità passiva interregionale sono stati avviati diversi percorsi di analisi e valutazione ed il primo intervento è volto al recupero della mobilità passiva definita evitabile, cioè quella sulla quale la Regione può intervenire direttamente, come la protesica ortopedica, il cui impatto rappresenta volumi importanti e di cui il 90% è garantita, ad oggi, da strutture private extraregione. Sempre nell' ottica di recupero e contenimento della mobilità passiva la Regione ha proceduto a definire le reti cliniche, in particolare la rete oncologica regionale che individua le sedi chirurgiche dove garantire gli interventi oncologici rispetto agli standard di riferimento.*

Inoltre, sono stati definiti i criteri per sottoscrivere gli accordi di confine, nel rispetto della normativa vigente, finalizzati al governo della mobilità sanitaria”¹²¹. Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)

Nell’ambito dell’istruttoria relativa al giudizio di parificazione del rendiconto regionale per l’esercizio 2023 si è, inoltre, appreso che l’Amministrazione regionale ha provveduto ad aggiornare il piano per scorrimento all’anno 2024 con la più volte citata D.G.R. n. 796 del 7 agosto 2024. Al riguardo l’Amministrazione ha fatto presente che le strategie ivi contenute *“implicando necessariamente interventi strutturali, troveranno riscontro, da un punto di vista economico-finanziario, essenzialmente nel lungo periodo”*.

4.6 I principali ambiti di spesa sanitaria

a. La spesa per acquisto di beni e servizi

La tabella che segue espone l’ammontare della spesa per beni e servizi¹²² sostenuta da ciascuna Azienda del SSR, desunta dal Modello CE al IV trimestre degli esercizi dal 2021 al 2023, con l’indicazione della quota acquisita mediante procedure centralizzate e/o coordinate di spesa e con il ricorso a tutti gli strumenti di acquisto e di negoziazione, anche telematici, previsti dal programma di razionalizzazione, messi a disposizione dalla Consip S.p.A., e della relativa incidenza percentuale.

Tabella 22 - La spesa per acquisto di beni e servizi- Anni 2021-2023

¹²¹ L’Amministrazione ha, inoltre, riferito che con nota prot. n. 46 del 29 settembre 2023 il Piano di miglioramento della mobilità sanitaria Regione Umbria è stato inserito nel Portale SIVEAS.

¹²² Voci del modello CE Preconsuntivo IV Trimestre 2023: B.1 “Acquisto di beni”; B.2.B “Acquisti di servizi non sanitari”; B.3 “Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)”.

(in migliaia di euro)									
Azienda	2023			2022			2021		
	Totale importi da CE IV trimestre 2023	Totale acquisti centralizzati	Incidenza %	Totale importi da CE IV trimestre 2022	Totale acquisti centralizzati	Incidenza %	Totale importi da CE IV trimestre 2021	Totale acquisti centralizzati	Incidenza %
Azienda USL Umbria n. 1	219.573	191.257	87%	223.570	184.224	82%	214.771	167.330	78%
Azienda USL Umbria n. 2	192.152	140.825	73%	202.660	149.050	74%	187.454	128.644	69%
Azienda Ospedaliera di Perugia	172.332	112.929	66%	170.724	144.953	85%	157.800	123.120	78%
Azienda Ospedaliera di Terni	91.196	67.879	74%	91.336	64.599	71%	90.537	57.690	64%
Totale generale	675.254	512.890	76%	688.290	542.825	79%	650.562	476.783	73%

Fonte: Corte dei conti su dati forniti dall'Amministrazione regionale

I dati complessivi evidenziano una lieve contrazione nell'esercizio 2023 dell'incidenza degli acquisti centralizzati" del complessivo SSR (76%) rispetto all'esercizio precedente (79%), nel quale si era, invece, registrato un incremento (73% nel 2021). La riduzione è sostanzialmente da riferire all'Azienda Ospedaliera di Perugia, con una percentuale di acquisti centralizzati del 66%, contro l'85% dell'anno precedente.

b. La spesa per il personale e gli incarichi libero - professionali

Le criticità già evidenziate in precedenza con riguardo alla generale situazione del personale sanitario in Italia, sono confermate anche per il SSR della Regione Umbria, come di seguito esposto. In particolare, la tabella che segue riepiloga il personale in servizio e i relativi costi al 31 dicembre 2022 e al 31 dicembre 2023:

Tabella 23 – Aziende SSR – Personale in servizio anni 2022-2023 e relativi costi.

	Unità di personale 2023	Unità di personale 2022	Variazione %	Costo 2023 Voce BA2020 CE IV Trim 2023	Costo 2022 Voce BA2020 CE Consuntivo 2022	Variazione costo
A.O. PERUGIA						
Ruolo sanitario	2.012	1.974	38%	126.723.706,98	125.211.338,72	1.512.368,26
Ruolo professionale	6	7	-1%	377.340,18	386.549,68	- 9.209,50
Ruolo tecnico	466	435	31%	18.325.217,68	18.233.135,84	92.081,84
Ruolo amministrativo	141	145	-4%	6.207.576,01	6.759.921,70	- 552.345,69
Totale A.O. PERUGIA	2.625	2.561		151.633.840,85	150.590.945,94	1.042.894,91
A.O. TERNI						
Ruolo sanitario	1.366	1.342	24%	84.789.130,33	85.537.391,45	- 748.261,12
Ruolo professionale	3	3	0%	204.108,24	177.416,41	26.691,83
Ruolo tecnico	229	212	17%	7.800.953,44	7.619.301,39	181.652,05
Ruolo amministrativo	48	54	-6%	2.457.698,72	2.550.849,43	- 93.150,71
Totale A.O. TERNI	1.646	1.611		95.251.890,73	95.884.958,68	- 633.067,95
AUSL UMBRIA 1						
Ruolo sanitario	2.706	2.735	-29%	174.914.700,00	174.309.884,62	604.815,38
Ruolo professionale	10	11	-1%	1.165.500,00	1.125.597,55	39.902,45
Ruolo tecnico	628	654	-26%	25.139.900,00	25.078.788,93	61.111,07
Ruolo amministrativo	230	220	10%	10.378.300,00	10.174.726,91	203.573,09
Totale AUSL UMBRIA 1	3.574	3.620		211.598.400,00	210.688.998,01	909.401,99
AUSL UMBRIA 2						
Ruolo sanitario	2.795	2.782	13%	169.262.610,84	168.934.613,93	327.996,91
Ruolo professionale	5	5	0%	414.394,13	413.888,10	506,03
Ruolo tecnico	551	532	19%	22.328.942,20	22.328.942,20	-
Ruolo amministrativo	213	233	-20%	9.688.172,04	9.688.172,04	-
Totale AUSL UMBRIA 2	3.564	3.552		201.694.119,21	201.365.616,27	328.502,94

Fonte: Corte dei conti su dati estratti dai bilanci aziendali al 31.12.2023 e sui modelli CE Consuntivo 2022 e IV Trimestre 2023

In merito agli incarichi libero - professionali nell'ambito dell'attività istruttoria connessa al giudizio di parifica del rendiconto della Regione Umbria, esercizio finanziario 2023, la stessa ha riferito che è si è proseguito nelle azioni volte al contenimento e alla riduzione di tali tipologie contrattuali e, con riguardo alle singole Aziende, ha fornito gli elementi d'informazione di seguito riportati:

- per l'Azienda USL Umbria 1 nell'anno 2023 sono stati attivati, a carico del bilancio aziendale, n. 35 professionisti medici con contratto di lavoro autonomo, principalmente al fine di far fronte alla grave carenza di professionisti medici, soprattutto in alcune discipline, anche in considerazione della circostanza che le procedure di reclutamento messe in campo (concorsi, avvisi, procedure di mobilità volontaria, ecc.) non riescono a far fronte al grande esodo di professionisti determinato sia dal consistente collocamento in quiescenza, sia da scelte individuali rivolte verso strutture private. Il ricorso agli incarichi esterni, in taluni casi, ha scongiurato persino l'interruzione di pubblico servizio;
- per l'Azienda USL Umbria 2, alla data del 1° gennaio 2023, risultavano presenti n. 26 incarichi esterni. Nel corso dell'anno 2023 il numero è rimasto sostanzialmente invariato,

con riduzione di una unità alla data del 31 dicembre 2023 (pertanto n. 25 incarichi). Al riguardo è stato precisato che i contratti riguardano figure contrattualizzate dopo aver espletato complessivamente n. 31 procedure assunzionali e n. 9 avvisi di mobilità che non hanno portato al soddisfacimento del fabbisogno aziendale soprattutto per alcune discipline (es. cardiologia e pediatria) nonché per alcune zone particolarmente disagiate (es. Valnerina e Istituti Penitenziari);

- per l’Azienda Ospedaliera di Perugia è stato confermato quanto già indicato l’anno precedente circa il fatto che l’attivazione degli incarichi esterni – mediante procedura comparativa - consegue esclusivamente all’accertamento della mancanza di idonee professionalità interne previo esperimento di appositi interpelli rivolti a tutti i dipendenti a tempo indeterminato ed è stato precisato che nel corso del 2023 l’Azienda ha attivato un solo incarico esterno gravante sul proprio bilancio aziendale (Portavoce Aziendale) venuto meno entro il 31 dicembre 2023;
- per l’Azienda Ospedaliera di Terni è stato riferito che il ricorso al conferimento di incarichi esterni è stato limitato ai soli profili professionali di Dirigente medico nelle specializzazioni di anestesia e rianimazione e di medicina legale e che il numero di incarichi è passato dai n. 10 contratti attivi al 31 dicembre 2022 ai n. 8 presenti al 31 dicembre successivo. È stato, inoltre, precisato che nel corso del 2023 sono stati espletati un concorso pubblico e un avviso per il conferimento di incarichi a tempo determinato per Dirigente medico di anestesia e rianimazione, le cui graduatorie sono state scorse fino a completo loro esaurimento, e che anche per la specializzazione di medicina legale è stato indetto un avviso per incarichi a tempo determinato ed un concorso pubblico per i quali, però, non sono pervenute istanze di partecipazione.

In merito all’andamento della spesa in parola, l’Amministrazione regionale ha fornito la seguente tabella:

Tabella 24 – Andamento della spesa per incarichi esterni 2022 e 2023

AZIENDA	spesa complessiva incarichi esterni sostenuta nel corso dell'anno 2022 a carico del Bilancio aziendale	spesa complessiva incarichi esterni sostenuta nel corso dell'anno 2023 a carico del Bilancio aziendale
Azienda Ospedaliera di Perugia	30.000,00	25.833,33
Azienda Ospedaliera di Terni	498.518,74	389.484,23
Azienda USL Umbria 1	991.250,00	836.520,40
Azienda USL Umbria 2	1.964.347,55	1.162.240,66

Fonte: Corte dei conti su dati forniti dall’Amministrazione regionale

Dai dati esposti si evince, per tutte le Aziende del SSR, una consistente contrazione della spesa rispetto all'anno precedente, per un valore complessivo di euro 2.414.078,62, a fronte di quella di euro 3.484.116,29 del 2022.

c. La spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica è in continua crescita a livello nazionale come pure regionale. Nel 2023 in Italia è salita del 6,5% rispetto al 2022, con un aumento in valore assoluto di 1,4 miliardi.

Con riguardo alla realtà regionale, come riferito dalla stessa Amministrazione e confermato dal Rapporto AIFA sul *"Monitoraggio della spesa farmaceutica nazionale e regionale – Gennaio-Dicembre 2023 - Consuntivo"* del 17 luglio 2024, anche nel 2023 la spesa farmaceutica complessiva (convenzionata e per acquisti diretti) si è attestata su valori superiori rispetto a quelli programmati¹²³, con uno scostamento del 2% rispetto al FSN, in lieve riduzione rispetto a quello del 2,31% del 2022.

¹²³ La legge n. 178/2020 (legge di bilancio 2021), all'articolo 1, comma 475 ha rimodulato, a decorrere dall'anno 2021, i valori percentuali dei tetti della spesa farmaceutica, individuati nel 7,00% per la spesa convenzionata e nel 7,85% per la spesa per acquisiti diretti, mantenendo invariate le risorse complessive, pari al 14,85% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Per l'anno 2023, il comma 281 dell'art. 1, della legge di bilancio 2022 (legge n. 234/2021) ha rideterminato il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti nella misura dell'8,15%, mantenendo invariato sia il tetto dello 0,20% per acquisti diretti di gas medicinali fissato dall'articolo 1, commi 575 e ss. della legge n. 145/2018 (nell'ambito della spesa farmaceutica per acquisti diretti), sia quello del 7,00% per la spesa farmaceutica convenzionata, per un valore complessivo della spesa farmaceutica rideterminato nel 15,15%.

Tabella 25 –Spesa farmaceutica complessiva (convenzionata e acquisti diretti)

(in milioni di euro) (in milioni di euro)							
Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti della Regione Umbria							
Verifica del tetto di spesa complessiva del 15,15%							
(Monitoraggio AIFA Gennaio-Dicembre 2023 - 17 luglio 2024)							
FSN	Tetto 15,15%	Spesa Convenzionata	Spesa Acquisiti diretti	Spesa complessiva	Scostamento assoluto	Incidenza spesa complessiva su FSN	Incidenza scostamento
A	B	C	D	E=C+D	F=E-B	G=E/A%	H=F/A%
1.926,6	291,9	109,1	221,2	330,3	38,4	17,15%	2,00%

Spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti della Regione Umbria							
Verifica del tetto di spesa complessiva del 14,85%							
(Monitoraggio AIFA Gennaio-Dicembre 2022 - Aggiornamento - 31 ottobre 2023)							
FSN	Tetto 14,85%	Spesa Convenzionata	Spesa Acquisiti diretti	Spesa complessiva	Scostamento assoluto	Incidenza spesa complessiva su FSN	Incidenza scostamento
A	B	C	D	E=C+D	F=E-B	G=E/A%	H=F/A%
1.887,0	280,2	113,4	210,3	323,7	43,5	17,16%	2,31%

Fonte: dati estratti dai monitoraggi AIFA

Nel dettaglio, come di seguito specificato, la Regione Umbria ha rispettato il tetto fissato per la spesa farmaceutica convenzionata ma non ha rispettato quello fissato per la relativa spesa per gli acquisti diretti.

In particolare, la spesa regionale per la farmaceutica convenzionata dell'anno 2023 ammonta a 109,1 milioni di euro (113,5 milioni di euro nel 2022), a fronte del FSN di 1.926,6 milioni di euro (1.887,0 milioni di euro nel 2022). In particolare, l'incidenza della spesa regionale sul relativo FSN è pari al 5,66%, in contrazione rispetto all'esercizio precedente (6,01%), e risulta inferiore rispetto alla media nazionale, pari al 6,34%, ottenuta rapportando la spesa farmaceutica convenzionata dell'intero Paese (8.084,2 milioni di euro) al FSN complessivo di 127.584,7 milioni di euro. Sul miglioramento dell'incidenza percentuale ha inciso, per la Regione Umbria, la diminuzione della spesa netta, scesa da 116,8 del 2022¹²⁴ a 111,8 milioni di euro:

¹²⁴ Dati estratti dal monitoraggio AIFA gennaio-dicembre, Aggiornamento, rilascio del 31 ottobre 2023.

Tabella 26 –Spesa farmaceutica convenzionata

(in milioni di euro)								
Spesa farmaceutica convenzionata della Regione Umbria								
Verifica del tetto di spesa del 7,00%								
(Monitoraggio AIFA Gennaio-Dicembre 2023 - 17 luglio 2024)								
FSN	Tetto 7,00%	Spesa netta DCR	Pay-back 1,83%	Ticket fisso per ricetta	Pay-back	Spesa convenzionata	Scostamento assoluto	Incidenza spesa su FSN
A	B	C	D	E	F	G=C-D+E-F	H=G-B	I=G/A*100 %
1.926,6	134,9	111,8	2,2	0,0	0,5	109,1	- 25,8	5,66%
Spesa farmaceutica convenzionata della Regione Umbria								
Verifica del tetto di spesa del 7,00%								
(Monitoraggio AIFA Gennaio-Dicembre 2022 - Aggiornamento - 31 ottobre 2023)								
FSN	Tetto 7,00%	Spesa netta DCR	Pay-back 1,83%	Ticket fisso per ricetta	Pay-back	Spesa convenzionata	Scostamento assoluto	Incidenza spesa su FSN
A	B	C	D	E	F	G=C-D+E-F	H=G-B	I=G/A*100 %
1.887,0	132,1	116,8	2,3	0,0	1,1	113,5	- 18,6	6,01%
Fonte: Dati estratti dai Monitoraggi AIFA								

La spesa farmaceutica dell'Umbria per acquisti diretti dell'anno 2023, al netto della spesa per gas medicinali, ha, invece, inciso sul FSN in ragione dell'11,29% ed è risultata, pertanto, superiore al tetto di spesa (7,95% del FSN), nonché in aumento rispetto al 10,89% dell'anno precedente:

Tabella 27 –Spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto Gas Medicinali

(in milioni di euro)								
Spesa farmaceutica per acquisti diretti della Regione Umbria (al netto dei Gas Medicinali)								
Verifica del tetto di spesa del 7,95%								
(Monitoraggio AIFA Gennaio-Dicembre 2023 - 17 luglio 2024)								
FSN	Tetto 7,95%	Spesa tracciabilità (solo fascia A e H)	Payback	Stima spesa per farmaci innovativi per le sole indicazioni innovative al netto dei Payback coperta dal fondo	Stima spesa per farmaci innovativi Oncologici al netto dei Payback coperta dal fondo	Spesa acquisiti diretti	Scostamento assoluto	Incidenza spesa acquisti diretti su FSN
A	B	C	D	E	F	G=C-D-E-F	H=G-B	I=G/A*100 %
1.926,6	153,2	238,5	6,4		14,6	217,5	64,4	11,29%
Spesa farmaceutica per acquisti diretti della Regione Umbria (al netto dei Gas Medicinali)								
Verifica del tetto di spesa del 7,65%								
(Monitoraggio AIFA Gennaio-Dicembre 2022 - Aggiornamento - 31 ottobre 2023)								
FSN	Tetto 7,65%	Spesa tracciabilità (solo fascia A e H)	Payback	Stima spesa per farmaci innovativi Non Oncologici al netto dei Payback coperta dal fondo	Stima spesa per farmaci innovativi Oncologici al netto dei Payback coperta dal fondo	Spesa acquisiti diretti	Scostamento assoluto	Incidenza spesa acquisti diretti su FSN
A	B	C	D	E	F	G=C-D-E-F	H=G-B	I=G/A*100 %
1.887,0	144,4	225,9	5,1		15,2	205,5	61,2	10,89%
Fonte: Dati estratti dai Monitoraggi AIFA								

Si evidenzia che, dal menzionato rapporto, risulta che la predetta incidenza della spesa farmaceutica per acquisti diretti al netto dei gas medicinali per l'Umbria (11,29% del FSN) è risultata superiore anche all'incidenza media nazionale, pari al 10,53% (spesa nazionale di euro 13.430,2 milioni su FSN di euro 127.584,7 milioni) e che si è registrato un generalizzato "sforamento" del tetto per tutte le Regioni, con incidenza compresa tra l'8,93% (Lombardia) e il 12,68% (Friuli - Venezia Giulia).

Con riguardo al mancato rispetto del tetto fissato per la spesa farmaceutica per acquisti diretti, con le deduzioni scritte del 16 dicembre 2024, ribadite anche nel corso dell'adunanza pubblica del 19 dicembre 2024, l'Amministrazione, dopo aver sottolineato che tale problematica interessa, ormai, tutte le regioni, ha ribadito quanto già fatto presente in precedenti relazioni acquisite ai fini dei giudizi di parificazione del rendiconto regionale e, in particolare, del fatto che *"la tabella del Monitoraggio AIFA che confronta la spesa farmaceutica per acquisti diretti delle singole Regioni, ai fini della verifica del rispetto del tetto di spesa, risente di un importante limite, in quanto non tiene conto dell'incidenza dell'assistenza sanitaria privata accreditata. [...] il tetto programmato della spesa farmaceutica per acquisti diretti, ai sensi della normativa vigente, riguarda la spesa sostenuta unicamente dalle strutture pubbliche mentre non concorrono alla determinazione di tale tetto i farmaci ospedalieri acquistati ed erogati dalle strutture private accreditate e convenzionate, che sono remunerate a tariffa DRG (che comprende anche il costo dei farmaci) nonché successivamente rimborsate dal SSN extra tariffa DRG per i farmaci il cui costo supera il valore della tariffa DRG rimborsata per le singole prestazioni erogate"*. A tale riguardo, ha, altresì, fornito i dati emersi dal Rapporto Osmed, evidenziando come dagli stessi risulti che *"l'acquisto di farmaci da parte delle strutture sanitarie non direttamente gestite dal SSN ("extra-DRG"), è in crescita"*.

Tanto premesso, l'Amministrazione regionale ha dichiarato che *"da questo punto di vista, la scelta di privilegiare, come accade in Umbria, l'offerta ospedaliera pubblica è penalizzante riguardo allo sfondamento del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti"*.

Infine, è stato riferito che *"un altro elemento che ha svantaggiato la Regione Umbria negli ultimi anni, al pari di altre piccole Regioni, è stata la modifica della legge che regola il ripiano dello sfondamento del tetto di spesa da parte delle case farmaceutiche. Dal 2019, infatti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 580, della legge n. 145 del 30 dicembre 2018, il ripiano del 50% dello sfondamento del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti a livello nazionale, che in base alla legge è posto a carico delle case farmaceutiche, era stato modificato prevedendo che fosse ripartito tra le regioni "secondo il criterio pro-capite", anziché in proporzione allo sfondamento. Tale meccanismo, fortemente iniquo e che ha finito per avvantaggiare, in questi anni, le Regioni più grandi, è stato ora*

modificato dall'articolo 9-quater - Spesa farmaceutica per acquisti diretti – del decreto-legge 19 ottobre 2024, n. 155, convertito, con modificazioni, in legge 9 dicembre 2024, n. 189 recante: «Misure urgenti in materia economica e fiscale e in favore degli enti territoriali», ove è previsto, in sintesi, che l'Aifa determinerà, entro il 31 ottobre dell'anno successivo a quello di riferimento, la quota del ripiano attribuita ad ogni azienda farmaceutica titolare di AIC, ripartita per ciascuna Regione al 50% secondo il criterio pro capite e al 50% variabile in proporzione ai rispettivi superamenti dei tetti di spesa”.

CAPITOLO V

OSSERVAZIONI, ESITI DEL CONTRADDITTORIO, CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E RACCOMANDAZIONI

Sommario: 5.1 Esiti del contraddittorio finale. 5.2 Considerazioni conclusive e raccomandazioni.

5.1 Esiti del contraddittorio finale

In data 10 dicembre 2024¹²⁵ lo schema del presente referto è stato inviato alla Regione Umbria con assegnazione del termine per la trasmissione di eventuali deduzioni scritte ed è stata, altresì, comunicata l'avvenuta fissazione, per il giorno 19 dicembre 2024, di adunanza pubblica per la chiusura del contraddittorio. L'Amministrazione ha presentato deduzioni scritte entro il termine assegnato¹²⁶

Il contraddittorio si è definito con l'adunanza pubblica del 19 dicembre 2024 nel corso della quale i rappresentanti dell'Amministrazione hanno sostanzialmente confermato quanto già evidenziato con le menzionate deduzioni scritte fornendo, altresì, per alcuni aspetti, ulteriori informazioni, come riportato in dettaglio nei precedenti paragrafi. In particolare, l'Amministrazione ha condiviso quanto segnalato dalla Sezione circa la fondamentale importanza, in considerazione della conformazione morfologica del territorio regionale e dello stato della rete viaria, di un efficiente e funzionante sistema di elisoccorso, nonché confermato le rilevate e strutturali carenze di personale e le criticità emerse nello svolgimento delle procedure di reclutamento programmate. Ulteriori informazioni rispetto a quelle acquisite nel corso della precedente attività istruttoria hanno riguardato la struttura e le dotazioni del sistema di emergenza-urgenza, i processi di integrazione tra le Aziende Ospedaliere di secondo livello e quelle di primo livello, lo sviluppo delle attività connesse alla Telemedicina, la figura del *caregiver*, gli investimenti in apparecchiature sanitarie e i progetti di ricerca finanziati con fondi PNRR. Inoltre, nel corso del contraddittorio orale si è preso atto delle indicazioni programmatiche espresse dall'Amministrazione sia in merito ad una maggiore sensibilizzazione all'appropriatezza prescrittiva e assistenziale, sia in merito alla volontà di procedere alla verifica delle risorse del fondo sanitario accantonate in GSA al fine di valutarne il potenziale impiego per il reclutamento del personale.

¹²⁵ Con nota prot. n. 3668.

¹²⁶ Con nota prot. n. 2024-0272979 del 16 dicembre 2024 (registrata al n. 3796 di pari data).

5.2 Considerazioni conclusive e raccomandazioni

L'analisi riportata nei precedenti capitoli ha mostrato un Sistema Sanitario Regionale in evoluzione, nel quale, mediante l'adozione di numerosi atti di programmazione, l'Amministrazione e le Aziende del S.S.R. perseguono la riorganizzazione del sistema di assistenza territoriale e di prossimità verso un modello che possa garantire l'erogazione delle prestazioni nel *setting* più appropriato, con conseguente alleggerimento del peso gravante sugli ospedali DEA di secondo livello.

In tale contesto, non vi è dubbio che gli investimenti finanziati dal PNRR rappresentano una rilevante risorsa per la realizzazione delle strutture funzionali allo scopo quali, in particolare, le Case di Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC) e le Centrali Operative Territoriali (COT), le quali, tuttavia, risultano ancora solo parzialmente operative. Peraltro, la funzionalità di tali strutture, nonché delle altre destinate all'assistenza ospedaliera, risente anche della vetustà delle apparecchiature sanitarie. Al riguardo, nel prendere atto degli importanti investimenti *in itinere* sia a valere sui fondi PNRR che sulle altre linee di finanziamento disponibili, risulta che, allo stato attuale, per numerosi interventi non si è ancora giunti alla piena operatività e che per altri non è stato ancora sottoscritto l'Accordo di programma *ex art.* 20, l. n. 67/1988. Si auspica, pertanto, una sollecita conclusione delle relative procedure.

Un'importante valenza è rivestita, in tale ambito, anche dall'efficace sviluppo della Telemedicina in merito alla quale si prende atto dell'avvenuta sottoscrizione del contratto con il fornitore e dell'avvio dell'esecuzione delle relative attività in conformità al piano di connettività in sanità.

Una ulteriore opportunità nella realizzazione del percorso programmato dall'Amministrazione risiede nelle forme di integrazione in corso di attuazione tra l'A.O. di Perugia e il Presidio Ospedaliero Unificato dell'Azienda USL Umbria 1, nonché tra l'A.O. di Terni e il Presidio Ospedaliero di Narni-Amelia, le quali, secondo quanto riferito, risultano in progressivo incremento.

Lo sviluppo del modello organizzativo in parola, risente anche del funzionamento del sistema di emergenza-urgenza, nonché di quello dell'appropriatezza nell'accesso alle prestazioni e del rilevante ruolo svolto in tal senso dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), destinatari, peraltro, di riferita attività di sensibilizzazione al riguardo. Relativamente, in particolare, al sistema dell'emergenza-urgenza, l'Amministrazione ha illustrato l'avvio, a partire dal 2021, di un processo di

ridefinizione dell'assetto organizzativo che ha previsto l'istituzione di un Dipartimento interaziendale regionale, nonché la costituzione di gruppi di lavoro e di una cabina di regia finalizzata alla *governance* unitaria. In relazione agli interventi di soccorso permangono criticità nei tempi medi degli stessi, determinate, prevalentemente, dalle caratteristiche geografiche e morfologiche del territorio regionale, dalla dispersione demografica, nonché dallo stato della rete viaria. Pertanto, la possibilità di disporre di un efficiente sistema di elisoccorso diventa dirimente al fine di garantire il tempestivo e adeguato trattamento delle patologie occorse, con particolare riguardo a quelle tempo-dipendenti. Tuttavia, l'analisi ha restituito, per il territorio umbro, un sistema di elisoccorso solo parzialmente funzionante e in orario diurno; in particolare, le superfici ad oggi attive sono quelle di Perugia, Terni, Foligno e Orvieto, mentre risultano ancora non operative quelle di Città di Castello, Gubbio-Gualdo Tadino e Spoleto, territori, peraltro, a carattere prevalentemente montano.

La piena realizzazione di un modello organizzativo adeguato a garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute e ad affrontare in modo proattivo le sfide legate all'invecchiamento della popolazione e alle crescenti esigenze di cure, richiede, altresì, che l'offerta di assistenza territoriale ed ospedaliera sia integrata con adeguati interventi di prevenzione, nonché con una tempestiva offerta di prestazioni diagnostiche e di visite specialistiche da parte del SSR, al fine di realizzare equità nell'accesso alle cure. In tal senso appare, inoltre, necessario che il SSR assicuri uniformità nell'accesso anche in relazione alle procedure previste dalle diverse Aziende per le medesime prestazioni, nonché un recupero in termini di semplificazione al fine di ovviare alla farraginosità rilevata per alcune delle stesse.

La carenza di risorse finanziarie, strumentali ed umane si riflette, tuttavia, sul volume dell'offerta che, come noto, non riesce a soddisfare la crescente domanda di servizi sanitari, con conseguente aumento degli accessi inappropriati ai pronto soccorso (PS), delle liste di attesa, del ricorso alla sanità privata e, a volte, anche rinuncia alle cure.

In particolare, con riguardo alla carenza di personale, l'Amministrazione ha riferito criticità nella definizione dei relativi fabbisogni per il triennio 2022-2024 - e nella conseguente copertura dei posti del SSR - influenzati dalle immissioni effettuate nel precedente contesto epidemiologico con modalità di reclutamento flessibili e derogatorie. Sono, inoltre, emerse criticità anche nelle procedure di reclutamento per il potenziamento degli organici - che risultavano, alla data del 31 agosto 2024, parzialmente avviate - dovute, secondo quanto riferito dall'Amministrazione, a molteplici fattori, quali, la numerosità delle candidature, la difficoltà nel reperire commissari d'esame, l'indisponibilità di candidati per alcune

specializzazioni mediche (anestesia, rianimazione, medicina e chirurgia d'urgenza, cardiologia, ecc.), la scarsa attrattività dei bandi di concorso per le strutture periferiche, la presenza di plurime graduatorie di concorso di singole Aziende riferite alle medesime professionalità, nell'ambito delle quali figurano, di sovente, i medesimi candidati che, se chiamati per scorrimento della graduatoria, vengono sottratti alla prima sede d'impiego.

Le Aziende sanitarie regionali, nelle more della definizione delle procedure menzionate, hanno posto in essere azioni volte al reclutamento di personale medico in formazione specialistica a tempo determinato, alla contrattualizzazione di personale medico "a progetto" o esercitante la libera professione, di personale medico in quiescenza, nonché a prestazioni aggiuntive del personale già in servizio, che non hanno, tuttavia, consentito di compensare la carenza strutturale degli organici, anche per effetto, specialmente per alcune discipline e professionalità, delle scarse vocazioni, di crisi motivazionali, delle migrazioni verso il privato o all'estero.

Sul punto, si prende atto di quanto dichiarato dai rappresentanti dell'Amministrazione intervenuti all'adunanza pubblica del 19 dicembre circa la volontà di dare piena attuazione ai piani assunzionali, nonché di effettuare una puntuale verifica delle risorse trattenute in GSA al fine di valutarne il possibile impiego per la finalità in parola, anche allo scopo di preservare il benessere psico-fisico del personale in servizio (che, per assicurare il regolare funzionamento dei servizi è spesso chiamato a prestazioni che eccedono l'orario ordinario) e scongiurare così l'elevato rischio di *burnout* al quale lo stesso è esposto.

Con riguardo al cogente tema delle liste di attesa, risulta che l'Amministrazione ha adottato molteplici atti di programmazione, inerenti ai piani di recupero e costituito l'*Unità Centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste d'attesa*, che si è insediata in data 14 novembre 2024, dando anche avvio l'iter per l'individuazione e la nomina del Responsabile Unico dell'Assistenza Sanitaria (RUAS).

Con riguardo agli *screening* l'Amministrazione ha riferito l'avvenuto riallineamento della tempistica di chiamata dei *round* previsti per quelli oncologici (mammella, cervice e colon retto) e recupero delle chiamate non effettuate durante il *lock-down* determinato dalla pandemia, specificando che tali prestazioni non sono state, pertanto, oggetto di piano di recupero. Sul punto, si rileva, tuttavia, che gli *screening* attivati dalla Regione non esauriscono quelli potenzialmente effettuabili; tra gli altri, si segnala la mancata attivazione di quello per la SMA (Atrofia muscolare spinale neonatale), non ancora ricompreso nel panel nazionale, ma già attivato in forma di progetto pilota in altre quattordici regioni

italiane.

Relativamente alla specialistica ambulatoriale, per la quale con D.G.R. n. 394/2024 è stato fissato quale obiettivo prioritario quello di garantire il soddisfacimento degli appuntamenti per oltre il 95% delle richieste pervenute al CUP regionale, risulta che a partire da gennaio 2024, sono stati avviati incontri settimanali di monitoraggio con le Aziende sanitarie ed ospedaliere per la definizione di obiettivi specifici e monitoraggio continuo del raggiungimento degli stessi; secondo quanto riferito, alla data del 20 agosto 2024 sono state recuperate tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale ante 2023, mentre residuano n. 3.718 prestazioni del 2023 (il cui recupero è previsto nel 2024) e n. 40.331 prestazioni inserite nei PdT dell'anno 2024 delle quali n. 7.719 dei primi 4 mesi dell'anno.

A tale proposito, si prende, altresì, atto dell'attivazione delle piastre ambulatoriali per le prestazioni di II livello, volte ad approfondire e completare diagnosticamente il quadro sanitario e/o proseguire con il *follow-up*, che consentono al paziente di rientrare al proprio domicilio con prescrizioni ed appuntamenti già definiti.

Riguardo ai ricoveri chirurgici dai dati di monitoraggio, come esposti in dettaglio nell'Allegato "J", dopo la flessione del 2020 e del 2021 a seguito della riduzione delle attività dovuta all'emergenza pandemica si evidenzia, a partire dal 2022, la progressiva ripresa della produttività chirurgica, confermata anche nel 2024. In tale ambito, per l'anno 2024, sono stati assegnati anche specifici obiettivi ai Direttori generali.

Sul punto, nel prendere atto dell'adozione di Linee di indirizzo regionali sui regolamenti di sala operatoria e del connesso adeguamento dei regolamenti aziendali, si rileva che, secondo quanto dichiarato, l'Amministrazione non dispone di un sistema informatico di gestione delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici, né, di conseguenza, di un flusso informativo che consenta di monitorare i tempi di attesa "*ex ante*" delle prestazioni chirurgiche. Inoltre, si prende altresì atto, delle attività *in itinere* relative alla definizione del cruscotto di monitoraggio degli indicatori del percorso del paziente chirurgico programmato e di utilizzo delle sale operatorie, nonché delle attività formative sul medesimo percorso avviate nel mese di settembre scorso e degli aggiornamenti forniti in sede di contraddittorio orale.

In sintesi, anche per quanto concerne le liste di attesa, le iniziative programmate dall'Amministrazione, sembrerebbero - se effettivamente e tempestivamente attuate - potenzialmente idonee a garantire un miglioramento della situazione attuale.

Con riguardo alla dimensione economica del SSR, dal conto economico consolidato IV trimestre 2023, chiuso con un risultato positivo di euro 1.504.211,29, è emerso l'equilibrio

complessivo del sistema. Sul punto si rinvia a quanto già segnalato nella Relazione allegata alla Decisione di parificazione n. 147/2024/PARI circa il fatto che *“nonostante la mancanza di espressi rilievi da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, quanto osservato dal Tavolo stesso in occasione della riunione del 7 dicembre 2023 in relazione alla «effettività del Piano [di efficientamento e di riqualificazione] intrapreso in autonomia dalla Regione», nonché l'utilizzo, anche con riguardo all'esercizio 2023, di poste straordinarie a supporto dell'equilibrio, come risultante dalla D.G.R. n. 359 del 22 aprile 2024, dimostra la persistente necessità della adozione di ogni iniziativa utile ad assicurare che le misure individuate con il Piano di efficientamento approvato con D.G.R. n. 1024 del 5 ottobre 2022 – aggiornato per scorrimento da ultimo con D.G.R. n. 796 del 7 agosto 2024 – come declinate dai successivi piani/programmi attuativi adottati dalle Aziende, producano sollecitamente gli effetti previsti; ciò al fine di assicurare, con le risorse disponibili a legislazione vigente, la costante salvaguardia dell'equilibrio, nel perseguimento della preminente finalità di erogazione dei LEA in condizioni di efficienza e appropriatezza”*.

Per quanto concerne il Piano di efficientamento e i conseguenti piani/programmi attuativi delle Aziende, in relazione ai quali, dalle informazioni e dalla documentazione fornita, è emersa la sostanziale impossibilità di attuazione delle misure individuate, anche in considerazione dell'incidenza delle dinamiche nazionali ed internazionali, si evidenzia la necessità per l'Amministrazione di proseguire nel percorso intrapreso in collaborazione con Agenas, al fine di consentire l'individuazione e la progressiva implementazione dei riferiti interventi di controllo gestionale e di riorganizzazione strutturale, che possano condurre al conseguimento dei risultati sperati.

Relativamente alla spesa farmaceutica, come riferito dalla Regione e confermato dal monitoraggio AIFA gennaio-dicembre 2023, la spesa complessiva si è attestata su valori superiori rispetto a quelli programmati. Nel dettaglio, i dati mostrano il rispetto del tetto fissato per la spesa farmaceutica convenzionata e lo sfioramento di quello fissato per la spesa farmaceutica per acquisti diretti, la cui incidenza sul FSN si è attestata sull'11,29%, rispetto al tetto fissato del 7,95%, superiore all'incidenza media nazionale pari al 10,53%.

Infine, in merito alla edilizia sanitaria, si rinvia a quanto diffusamente esposto nella Relazione allegata alla Decisione di parifica n. 147/2024/PARI, depositata in data 6 dicembre 2024.

I diversi profili esaminati, rappresentano, in realtà, atomi della medesima molecola: l'efficiente funzionamento del SSR e, di conseguenza, dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza ed uguaglianza, non può prescindere dalla tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie di medicina preventiva, di diagnostica e di specialistica

ambulatoriale, nonché dall'efficiente integrazione tra assistenza territoriale e/o di prossimità e ospedaliera, ambiti nei quali assumono valenza trasversale sia la nota e cronica carenza di personale sanitario, sia la necessità di poter disporre di idonee strutture e di apparecchiature, nonché di un efficace e sicuro funzionamento dei sistemi informativi.

Solo un organico sviluppo di tali aspetti può garantire prestazioni adeguate ai fabbisogni ed erogate nelle modalità più appropriate, al fine di assicurare l'effettiva ed uniforme erogazione dei LEA, nonché, allo stesso tempo, di evitare la degenerazione delle patologie verso acuzie trattabili in strutture di elevata specializzazione, peraltro caratterizzate da contenuta disponibilità di posti letto, con conseguente contenimento dei costi.

Al riguardo, si evidenzia che la volontà dichiarata dall'Amministrazione di perseguire il miglioramento dell'equilibrio economico mediante riduzione delle giornate di ricovero e maggior rispetto del criterio di appropriatezza - anche attraverso le riferite attività di sensibilizzazione nei confronti dei MMG in ordine alle prestazioni di specialistica ambulatoriale - può essere accolta solo nei limiti in cui la stessa sia effettivamente diretta a ridurre l'erogazione di quelle prestazioni determinate, tra l'altro, da un eccessivo ricorso alla cd. "medicina difensiva" e non necessitate, invece, da un reale stato patologico del paziente. E ciò in quanto, nel caso in cui la riduzione delle prestazioni fosse finalizzata *sic et simpliciter* alla contrazione dei costi, si determinerebbe, per via indiretta, quel sacrificio del diritto alla salute censurato dalla Consulta con la richiamata sentenza n. 195/2024. Si raccomanda, pertanto, all'Amministrazione di vigilare con attenzione in merito alla realizzazione di una effettiva appropriatezza prescrittiva e, in generale, assistenziale, nei termini di cui sopra, nonché di voler assicurare ogni idonea iniziativa per il rafforzamento qualitativo dell'offerta allo scopo di pervenire al recupero dell'attrattività delle strutture sanitarie regionali e, mediante il conseguente miglioramento del saldo della mobilità extraregionale, anche al miglioramento strutturale dell'equilibrio economico.

Infine, si auspica, altresì, la sollecita adozione degli interventi necessari ad assicurare, nel più breve tempo possibile, l'efficace funzionamento dell'assistenza territoriale e di prossimità, anche in relazione allo sviluppo della telemedicina, nonché una maggiore tempestività nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e chirurgiche, al fine di consentire il progressivo riassorbimento delle relative liste di attesa.

ALLEGATI ED APPENDICI

ALLEGATI

<i>Allegato A - Elenco dei dispositivi disponibili</i>	<i>164</i>
<i>Allegato B - Iter richiesta e autorizzazione per ausili, dispositivi e prodotti</i>	<i>165</i>
<i>Allegato C - Organizzazione dell'assistenza psichiatrica e della salute mentale</i>	<i>167</i>
<i>Allegato D - Descrizione dell'offerta del servizio di neuropsichiatria e di psicologia dell'età evolutiva e le relative modalità di accesso</i>	<i>168</i>
<i>Allegato E - Art. 28 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.....</i>	<i>169</i>
<i>Allegato F - Mappatura delle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale regionali....</i>	<i>170</i>
<i>Allegato G - Iter per il recupero delle liste di attesa della specialistica ambulatoriale</i>	<i>171</i>
<i>Allegato H - Iter per il potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva</i>	<i>172</i>
<i>Allegato I - Risultati conseguiti monitoraggio delle liste di attesa specialistica ambulatoriale</i>	<i>173</i>
<i>Allegato J - Risultati conseguiti monitoraggio delle liste di attesa ricoveri chirurgici</i>	<i>177</i>
<i>Allegato K - Iter del paziente chirurgico definito nei regolamenti di sala operatoria</i>	<i>182</i>
<i>Allegato L - Piano Regionale della Prevenzione - Principali azioni in materia di sicurezza sul lavoro.....</i>	<i>189</i>
<i>Allegato M - Case di Comunità (CdC) - Ospedali di Comunità (OdC).....</i>	<i>191</i>
<i>Allegato N - Apparecchiature e attrezzature sanitarie</i>	<i>193</i>

APPENDICI

<i>Appendice 1 - Percentuali delle prestazioni chirurgiche distinte per classi erogate nei tempi</i>	<i>196</i>
<i>Appendice 2 - Consistenza delle liste operatorie alla data del 30.9.2024</i>	<i>198</i>
<i>Appendice 3 - Elenco delle strutture accreditate.....</i>	<i>201</i>

ELENCHI DEI DISPOSITIVI DISPONIBILI

L'elenco n. 1 comprende i dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato. Tale elenco contiene inoltre i dispositivi di fabbricazione continua o di serie finiti che, per essere consegnati ad un determinato paziente, necessitano di essere specificatamente individuati e allestiti su misura da un tecnico abilitato previa prescrizione medica. I dispositivi di questo elenco sono destinati esclusivamente ai pazienti ai quali sono prescritti.

L'elenco n. 2 comprende i dispositivi (ausili tecnici) di serie, la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato.

L'elenco n. 3 comprende gli apparecchi, acquistati direttamente dalle Aziende USL ed assegnati in uso con procedure individuate dalla Regione e dalle Aziende medesime.

La Regione Umbria con la Deliberazione di Giunta n. 777/2007 ha raggruppato le tipologie di dispositivi indicati in 2 categorie:

-assistenziali che consentono adeguati livelli di assistenza o "nursing" per ridurre l'allettamento in persone prive di un significativo potenziale di recupero (es. materasso antidecubito, sponde per letto, carrozzine pieghevoli ad autospinta, carrozzine a telaio rigido e aggiuntivi, sedia WC e doccia, sollevatore mobile ad imbracatura polifunzionale, rialzo stabilizzante per WC, letto a manovella). Per questi ausili è necessaria la proposta prescrittiva del MMG/PLS su ricettario regionale contenente i dati anagrafici, la diagnosi, il tipo di ausilio necessario, alla quale va allegata la documentazione clinica del paziente relativa alla disabilità in relazione alla quale si chiede l'ausilio;

-riabilitativi, ausili quasi sempre personalizzabili indispensabili per ridurre la disabilità e favorire l'autonomia della persona disabile, la cui proposta prescrittiva si inserisce in un progetto di tipo riabilitativo spesso multidisciplinare. È necessaria la richiesta di visita specialistica del MMG/PLS su ricettario regionale e quindi la successiva prescrizione dello specialista competente. In casi particolari e per gravissime disabilità possono essere autorizzate forniture di ausili non inclusi nel nomenclatore.

ITER DI RICHIESTA E DI AUTORIZZAZIONE DA SEGUIRE IN BASE AL TIPO DI AUSILI, DISPOSITIVI E PRODOTTI NECESSARI

Di seguito viene indicato l'iter di richiesta e autorizzazione in base al tipo di ausili, dispositivi e prodotti necessari:

-ausili assorbenti per persone incontinenti (pannoloni e traverse): la valutazione della necessità di tali ausili può essere effettuata dal proprio MMG o da un medico specialista-
previa presentazione del certificato di invalidità civile o copia della presentazione della
domanda per ottenere tale riconoscimento, che invia la prescrizione via e-mail al Centro di
salute (Cds) di riferimento, che ogni volta la validerà in modo digitale, rendendola
disponibile telematicamente alle farmacie, dove l'utente o un suo delegato potrà recarsi per
la fornitura mensile. La validità dell'autorizzazione è annuale, salvo variazioni;

-materiale per persone portatrici di colo-stomie e uro-stomie: per ottenere l'autorizzazione,
la prima volta è necessaria la richiesta di un medico specialista, successivamente quella del
MMG, fatte salve variazioni nel tempo decise dallo specialista di riferimento. L'utente
contatta il Cds di riferimento, e, direttamente o tramite il suo medico curante invia, una e-
mail al servizio che ogni volta la validerà in modo digitale, rendendola disponibile
telematicamente alle farmacie, dove l'utente o un suo delegato potrà recarsi per la fornitura
mensile. La validità dell'autorizzazione è annuale, salvo variazioni;

-cateteri urinari e sacche: la valutazione della necessità di tali ausili può essere effettuata dal
proprio MMG, che invia la prescrizione via e-mail al Cds di riferimento; servizio che ogni
volta la validerà in modo digitale, rendendola disponibile telematicamente alle farmacie,
dove l'utente o un suo delegato potrà recarsi per la fornitura mensile. La validità
dell'autorizzazione è annuale, salvo variazioni. Per cateteri autolubrificanti occorre invece
la richiesta dello specialista di riferimento, l'utente invia al Cds la prescrizione via e-mail e
il servizio ogni volta la validerà in modo digitale, rendendola disponibile telematicamente
alle farmacie, dove l'utente o un suo delegato potrà recarsi per la fornitura mensile. La
validità dell'autorizzazione anche in questo caso è annuale, salvo variazioni;

-presidi per diabetici: l'Azienda USL fornisce gratuitamente ai cittadini diabetici i presidi
per l'autodeterminazione della glicemia (glucometri e strisce reattive). L'erogazione di tali
presidi avviene sulla base del rilascio di un tesserino di esenzione per diabete mellito,
nonché di un piano di trattamento, rilasciato dai medici diabetologi e, in specifici casi, anche
dai MMG. Per la fornitura in farmacia dei presidi è necessaria la prescrizione su ricetta del
SSN. Alla scadenza è necessitata una nuova prescrizione del MMG con relativa
autorizzazione presso il distretto sanitario competente. Qualora il centro antidiabetico
variasse la prescrizione del tipo o della quantità dei presidi, l'autorizzazione deve essere
rinnovata presso il Cds per l'assistenza integrativa con una nuova richiesta del MMG e dello
specialista. Nel caso di diabete gestazionale è sufficiente che sulla prescrizione del medico
specialista o del MMG sia indicata l'esenzione per gravidanza con un codice (M50);

segue Allegato B

-materiale di medicazione: hanno diritto a ottenerlo i cittadini che si trovano in particolari condizioni cliniche, come le persone affette da ulcere croniche, gli ustionati gravi, ecc... Per l'autorizzazione è necessaria la prescrizione medica che, a seconda dei prodotti, deve essere compilata dal MMG o dal medico specialista;

-prodotti alimentari: l'Azienda USL autorizza la distribuzione di prodotti alimentari particolari alle persone affette dalle seguenti patologie:

- malattie metaboliche congenite;
- morbo celiaco;
- insufficienza renale cronica,

per la prima autorizzazione è necessaria la documentazione specialistica attestante la patologia. Per i rinnovi è sufficiente la richiesta del MMG. Le autorizzazioni per prodotti alimentari per pazienti con insufficienza renale cronica sono semestrali e necessitano del piano terapeutico indicante i prodotti dietetici, che viene rilasciato dal nefrologo. Per i rinnovi è richiesto un nuovo piano terapeutico rilasciato sempre dal nefrologo.

N.B.: Le quantità mensili dei presidi possono essere ritirate in più volte nell'arco dello stesso mese ed in farmacie diverse.

ORGANIZZAZIONE DELL' ASSISTENZA PSICHIATRICA E DELLA SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di salute mentale garantisce le proprie attività attraverso:

- Centri di salute mentale (CSM);
- strutture residenziali e semiresidenziali;
- servizio psichiatrico di diagnosi e cura (presso l'A.O. di Perugia).

I Centri di salute mentale sono la sede di accesso alle prestazioni del Dipartimento di salute mentale e costituiscono il punto di coordinamento e di verifica di tutte le attività dell'assistenza psichiatrica svolte nel proprio territorio di riferimento. Vi si accede direttamente a quello di pertinenza territoriale oppure attraverso:

- accesso diretto in orario di apertura, per richiedere l'appuntamento e/o la consulenza;
- intervento a domicilio, sia con carattere di urgenza o sia secondo incontri programmati;
- richiesta telefonica di colloquio e/o consulenza;
- richiesta di intervento tramite il medico curante;
- richiesta da altre Agenzie o Enti per urgenze o incontri programmati.

Il Centro di salute mentale che ha in carico la persona per la quale propone un progetto terapeutico riabilitativo da realizzarsi nella struttura prescelta. I progetti personalizzati, che ciascun Centro di avvio predispone, sono realizzati anche con la collaborazione dell'assistito ed hanno come obiettivo principale il miglioramento di autonomia nella gestione di attività legate al quotidiano, delle capacità relazionali e delle abilità sociali.

Le strutture residenziali e quelle semiresidenziali hanno il compito di realizzare interventi terapeutico-riabilitativi di breve, media e lunga durata. L'accesso è riservato a persone residenti nel territorio aziendale.

DESCRIZIONE DELL'OFFERTA DEL SERVIZIO DI NEURO PSICHIATRIA E DI PSICOLOGIA DELL'ETA' EVOLUTIVA E RELATIVE MODALITA' DI ACCESSO

Il bambino è sempre considerato nel contesto familiare e sociale di appartenenza. Gli operatori ricercano una piena collaborazione con i genitori affinché questi possano condividere la responsabilità del percorso di cura.

Il percorso del minore prevede una prima fase di diagnosi e valutazione ed una eventuale fase successiva di presa in carico e trattamento attraverso:

- visite e valutazioni cliniche per la diagnosi dei disturbi e la definizione del percorso di cura;
- consulenze alle famiglie sulle problematiche educative e di sviluppo del bambino;
- percorsi di cura individuali realizzati scegliendo, secondo le necessità del caso, tra le seguenti prestazioni:
 - ✓ psicoterapia di gruppo;
 - ✓ psicoterapia individuale;
 - ✓ programmi psicoeducativi per i disturbi dello spettro autistico;
 - ✓ trattamenti psicofarmacologici;
 - ✓ colloqui di chiarificazione e sostegno con i genitori;
 - ✓ "parent-training" per specifiche condizioni cliniche;
 - ✓ incontri di progettazione e verifica con insegnanti, educatori, operatori sociali, genitori;
 - ✓ assistenza domiciliare educativo-riabilitativa (tramite educatori forniti dalle cooperative sociali);
 - ✓ accesso al centro diurno per l'autismo per programmi intensivi;
 - ✓ collaborazione con le scuole per l'integrazione dei minori portatori di handicap;
 - ✓ collaborazione con i servizi sociali e gli organi giudiziari per situazioni di abuso, maltrattamento o altre condizioni che richiedano specifiche competenze cliniche nell'ambito delle azioni di tutela.

Per l'accesso il genitore si rivolge al PLS/MMG che segnala le problematiche che necessitano di valutazione specialistica. La richiesta di valutazione specialistica deve essere alternativamente:

- inviata tramite e-mail (si consiglia di inserire la ricevuta di lettura) allegando la scheda di segnalazione del medico;
- consegnata personalmente previo appuntamento telefonico al numero telefonico indicato, dal lunedì al venerdì ore 09.00-13.00.

Per altre informazioni su bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico in carico alla U.O.S. distrettuale di neuropsichiatria e psicologia clinica dell'età evolutiva del distretto sanitario competente si rimanda alla pagina del sito Centro per l'autismo.

Articolo 28 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017

L' articolo in titolo, rubricato come *“Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche”*, prevede in particolare le seguenti fasi:

- a) accoglienza;
- b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c) valutazione dello stato di dipendenza;
- d) certificazione dello stato di dipendenza patologica;
- e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- i) colloqui psicologico-clinici;
- j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- k) interventi di riduzione del danno;
- l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- m) interventi socioriabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- n) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;
- o) promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;
- p) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- q) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- r) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria;
- s) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.

MAPPATURA DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI REGIONALI



ITER PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'iter in titolo da seguire prevede:

- a. esecuzione di esami di completamento diagnostico che lo specialista, in base all'organizzazione dell'attività ambulatoriale, riesce a garantire nella stessa seduta o in maniera differita provvedendo alla prescrizione e alla registrazione nel sistema CUP;
- b. evasione di tutte le prestazioni inserite allo stato attuale nei PdT per il recupero delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela con ricorso a programmi di prestazioni aggiuntive, anche in riferimento alle disposizioni normative introdotte dalla legge n. 213/2023. Le prestazioni vengono inserite nei PdT delle Aziende sanitarie territoriali per ambito assistenziale, la loro evasione può essere garantita oltre che dalle strutture della stessa azienda, anche dalle A.O. attraverso la sottoscrizione di accordi con quelle di riferimento del territorio in base al fabbisogno definito dall'Azienda territoriale;
- c. riduzione della genesi di nuovi PdT con decremento progressivo attraverso una programmazione rimodulabile in base al fabbisogno espresso.

In virtù di tale obiettivo le due Aziende USL hanno provveduto a definire:

- l'offerta ordinaria;
- l'offerta in produttività aggiuntiva che può essere garantita dall'Azienda USL;
- l'incremento dell'offerta ordinaria delle prestazioni erogabili dall'Azienda Ospedaliera di riferimento del territorio;
- l'offerta in produttività aggiuntiva che può essere garantita dall'Azienda Ospedaliera di riferimento del territorio;
- le prestazioni da richiedere alle strutture private accreditate (art. 8 - *quater* D.lgs. n. 502/1992) relative al trattamento residuo presente nei PdT.

Dall'analisi delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela alla data del 30 giugno 2024, le Aziende USL hanno valutato l'opportunità di incremento dell'offerta ordinaria per le prestazioni maggiormente critiche (radiodiagnostica, esami endoscopici, oculistica, dermatologia, ecc.): tuttavia, per queste branche specialistiche, la carenza di specialisti incide in maniera importante nonostante i ripetuti tentativi di reperimento del personale messi in atto a livello aziendale.

ITER PER IL POTENZIAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

L'iter prevede:

- a. la validazione dell'erogato e la verifica di concordanza RAO nel 100% delle prestazioni;
- b. l'adozione a sistema delle indicazioni per la prescrizione delle RMN articolari e degli esami di endoscopia digestiva di cui alla D.G.R. n. 1401 del 28 dicembre 2023 recante "*Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - Alert prestazioni radiologiche ed endoscopiche. Gestione Percorsi di Tutela e Prestazioni successive. Adozione*";
- c. la determinazione del tasso di prescrizioni *pro-capite* per prescrittore, stratificate per prestazioni e nel confronto in AFT, fra AFT, fra Distretti e Aziende;
- d. lo svolgimento di riunioni di *audit* tra erogatori e prescrittori per la valutazione di concordanza e del tasso di prescrizione per la presentazione dei dati, l'analisi delle differenze verso le quali agire con azioni correttive e migliorative per incrementare il tasso di concordanza e ottenere un tasso di prescrizione *pro-capite* allineato con la media regionale o con gli standard (stessa metodologia utilizzata per la spesa *pro-capite* farmaceutica);
- e. l'utilizzo del teleconsulto fra prescrittori e specialisti per la gestione di situazioni puntuali. Attivazione del teleconsulto nell'ambito dei programmi di telemedicina di cui alla D.G.R. n. 665 del 28 giugno 2023 "*PNRR M6 C1 sub investimento 1.2.3.2. Servizi di Telemedicina. Approvazione Modello regionale per l'erogazione dei servizi di telemedicina*";
- f. l'impiego della telemedicina anche dal punto di vista farmaceutico mediante la farmacia dei servizi e i relativi programmi. Determinate indagini diagnostiche (ECG, *holter* cardiaco, *holter* pressorio e spirometria semplice) possono essere effettuate in telemedicina grazie alle moderne tecnologie ed è possibile ricevere i referti in 15 minuti. Le farmacie, in considerazione della presenza capillare sul territorio, sono diventate sempre più centrali nell'assistenza al paziente offrendo una ulteriore opportunità di scelta per effettuare alcune prestazioni diagnostiche, potendo quindi incidere notevolmente anche nella riduzione delle code e dei tempi d'attesa;
- g. infine, l'elaborazione di una reportistica specifica relativa all'appropriatezza prescrittiva. A tal proposito sono previste infine attività specifiche dei Direttori di distretto per la presentazione dei dati alle AFT con azioni correttive e migliorative per un tasso di prescrizione *pro-capite* allineato con la media regionale e con gli standard.

RISULTATI CONSEGUITI DAL MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

A partire da gennaio 2024, sono stati avviati incontri settimanali di monitoraggio con le Aziende sanitarie e con quelle ospedaliere. Questi incontri, che sono tuttora in corso, prevedono la definizione di obiettivi specifici e il monitoraggio continuo del raggiungimento degli stessi.

Alla data del 20 agosto 2024 sono state recuperate tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale ante -2023 e residuano:

- n. 3.718 prestazioni del 2023, il cui recupero è previsto nel 2024;
- n. 40.331 prestazioni inserite nei PdT dell'anno 2024 delle quali n. 7.719 dei primi 4 mesi dell'anno.

Gli obiettivi sono quelli di:

- ridurre progressivamente la genesi di PdT che alla data del 20 agosto 2024 si attestavano complessivamente a n. 43.733 rispetto ai circa n. 70.000 del maggio 2023;
- gestire PdT di recente formazione, di norma 4/5 mesi, in modo da poter garantire il rispetto dei tempi di attesa in percentuale sempre maggiore.

Produzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'obiettivo generale è quello di adeguare l'offerta sia in termini quantitativi che qualitativi di appropriatezza prescrittiva, riportando la produzione a valori prossimi a quelli del 2019, comunque in linea con la domanda.

Nella tabella successiva i dati di produzione della specialistica ambulatoriale, per tutte le prestazioni, per il periodo gennaio - luglio 2024 confrontati con i dati degli anni 2019, 2021, 2022, 2023 e gennaio-settembre 2024:

	2019	2021	2022	2023	2024
Totale generale	2.283.064	1.755.363	1.880.252	2.103.411	2.070.738

Fonte: PuntoZero

Dopo la flessione della fase pandemica e post-pandemica si è assistito al progressivo recupero a partire dal 2022 con netto incremento dal 2023. Anche per le c.d. "prestazioni traccianti"¹²⁷ valgono le stesse considerazioni.

Nella tabella successiva i dati di produzione della specialistica ambulatoriale, per le "prestazioni traccianti" per il periodo gennaio - settembre 2024 confrontati con i dati degli anni 2019, 2021, 2022 e 2023.

	2019	2021	2022	2023	2024
Totale generale	830.493	587.915	634.567	672.409	707.947

Fonte: PuntoZero

¹²⁷ Trattasi di prestazioni ambulatoriali più significative da monitorare.

Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

Di trimestre in trimestre, vengono monitorate le prestazioni evase e i relativi tempi di attesa diversificati per classi di priorità. Si riportano di seguito i dati al 30 settembre 2024:

RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti	% di prestazioni non erogate nei tempi previsti	Media gg di sfioramento appuntamento
U 3gg	86,69	14,31	0,52
B 10gg	76,29	23,71	2,92
D 30gg	61,57	38,43	15,04
D 60gg	84,91	15,09	5,51
P 120gg	74,00	26,00	16,37

Fonte dati PuntoZero

I dati dimostrano che le prestazioni non erogate nei tempi previsti hanno una media di attesa abbastanza prossima al RAO. L'obiettivo regionale al 31 dicembre 2024 è comunque quello di garantire di norma l'appuntamento al momento della prenotazione e rispettare i tempi di attesa almeno nel 90% dei casi per le classi U e B.

Tuttavia, va tenuto presente che tale obiettivo è legato a molteplici fattori, "in primis" la presenza di risorse umane e tecnologiche adeguate alla domanda. A tale proposito, nella D.G.R. n. 800/2024 è stabilito che:

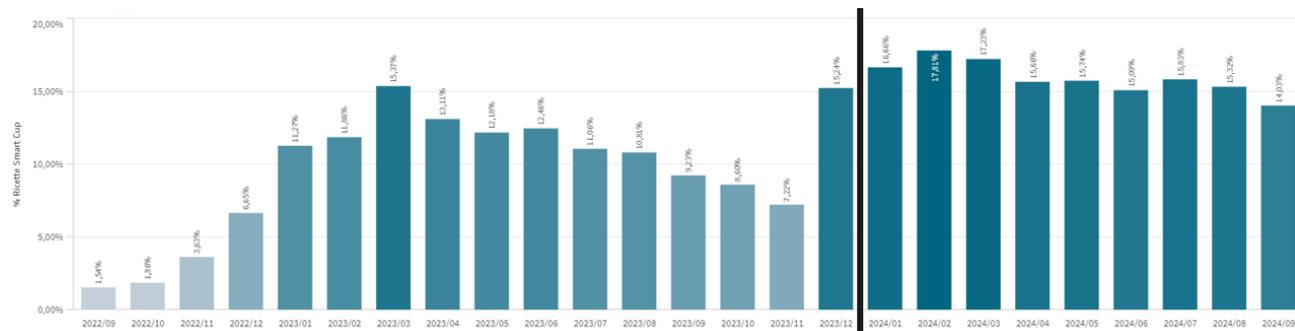
- nel caso non sia possibile assegnare un appuntamento al momento della prenotazione, si inserisce la prestazione richiesta nel PdT per la successiva gestione;
- le Aziende devono ridurre la consistenza complessiva dei PdT del 20/30% rispetto a quelli al 31 dicembre 2023;
- è necessario evadere tutti i PdT ante 2024.

Attivazione dello SMART CUP

Nella tabella successiva sono riportati i dati di attivazione e di utilizzo dello SMART CUP nel confronto dell'intero anno 2023 e i primi sei mesi del 2024. Segue il *report* di dettaglio dell'anno 2023:

SMART CUP	Anno 2023	2024 (al 30 settembre)
n. Medici abilitati	655	614
n. Medici utilizzatori (%)	86,11	83,06
n. ricette prescritte in smart cup	165.761	180.241

Figura 1-Report SMART CUP (visite prescritte)-anno 2023-fino a settembre 2024



Fonte PuntoZero

Presa in carico da parte degli specialisti

Nella tabella successiva si riportano i dati di attivazione delle piastre ambulatoriali e il numero delle prese in carico da parte degli specialisti per le prescrizioni di controllo, nel confronto degli ultimi 5 mesi del 2021, 2022, 2023 e primi 8 del 2024. Il monitoraggio evidenzia un'attività di presa in carico nettamente aumentata con l'attivazione delle piastre ambulatoriali.

PRESE IN CARICO: PRESCRIZIONI DI CONTROLLO E 1^ VISITE

	2021 (da agosto)	2022	2023	2024 (al 30 giugno)
n. piastre attive	2	27	50	51
PRESE IN CARICO PRENOTATE	44.350 (1)	303.224 (2)	1.018.633	1.081.735

(1) il dato parte da agosto 2021 e comprende solo le prenotazioni fatte da specialisti tramite prescrizione *web*. Il dato non comprende le attività delle piastre

(2) solo dal mese di aprile 2022 sono incluse anche le attività delle piastre.

Fonte PuntoZero scral

Appropriatezza prescrittiva e incontri con MMG e specialisti

Le attività formative attivate e nel corso del 2023 e 2024 rivolte agli MMG ed agli specialisti ospedalieri territoriali hanno avuto come finalità:

- l'illustrazione agli specialisti del percorso della "presa in carico" del paziente ambulatoriale;
- il "feed back" alle Aziende ospedaliere e sanitarie del grado di raggiungimento delle attività di "presa in carico" da parte degli specialisti;
- l'illustrazione ai MMG del percorso del paziente ambulatoriale (anno 2023);
- l'illustrazione ai MMG (a livello di AFT) della metodologia di valutazione e misurazione dell'appropriatezza prescrittiva (concordanza prescrittiva) (anno 2024);

segue Allegato I

- il “feed back” alle Aziende sanitarie ed ai MMG delle percentuali di raggiungimento della concordanza prescrittiva (anno 2024);
- l’esecuzione del corso di formazione, in collaborazione con la Scuola Umbra di Pubblica Amministrazione, intitolato “Liste di attesa: corretta presa in carico del paziente. Dalla clinica all’informatizzazione” (anno 2023);
- la definizione, in accordo con gli specialisti interessati delle Aziende ospedaliere e sanitarie, di indicazioni circa la appropriatezza prescrittiva delle procedure di maggior impatto sulla generazione delle liste di attesa (prescrizione esami di risonanza magnetica e prescrizione di gastroscopie e colonscopie) adottate a livello regionale con D.G.R. n. 1401 del 28 dicembre 2023

	MMG	MMG	Specialisti ospedalieri e territoriali	Specialisti ospedalieri e territoriali	Corso di formazione	Corso di formazione
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
n. incontri	19	16	50	41	21	2

Fonte dati PuntoZero

Per quanto attiene alla concordanza RAO questa è resa obbligatoria in sede prescrittiva per cui risulta utilizzata al 100% dai medici prescrittori. Il monitoraggio della concordanza RAO da parte degli erogatori è previsto in sede di riunioni settimanali con le Aziende al fine di raggiungere livelli ottimali di valutazione della concordanza.

Monitoraggio al 30 settembre 2024 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in lista d’attesa

La Regione conduce periodicamente un monitoraggio sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale in lista d’attesa. Di seguito i report di monitoraggio al 30 settembre 2024 per l’anno 2023 ed ai primi due trimestri del 2024.

Monitoraggio prestazioni in lista d’attesa 2023

Prestazioni in lista d’attesa al 31.12.2023	Prestazioni recuperate dal 1.1.2024 al 30.9.2024	Prestazioni in lista d’attesa al 30.9.2024	% di recupero al 30.9.2024
45.931	42.936	2.995	93,48

Monitoraggio prestazioni in lista d’attesa I° trimestre 2024

Prestazioni in lista d’attesa al 31.3.2024	Prestazioni recuperate dal 1.4.2024 al 30.9.2024	Prestazioni in lista d’attesa al 30.9.2024	% di recupero al 30.9.2024
23.229	19.034	4.195	81,94

Liste d’attesa II° trimestre 2024

Prestazioni in lista d’attesa al 30.6.2024	Prestazioni recuperate dal 1.4.2024 al 30.9.2024	Prestazioni in lista d’attesa al 30.9.2024	% di recupero al 30.9.2024
34.286	22.248	12.038	64,89

RISULTATI CONSEGUITI DAL MONITORAGGIO DEL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA PER I RICOVERI CHIRURGICI

I dati di monitoraggio ed i primi esiti sulle liste di attesa, sui tempi di attesa degli interventi chirurgici, sull'efficientamento delle sale operatorie e sulla produzione chirurgica raccolti dalle Aziende fanno vedere come queste abbiano già avviato la fase di monitoraggio per verificare lo stato di attuazione e rilevare i primi esiti conseguiti in termini di ottimizzazione di utilizzo delle sale operatorie e aumento della produzione chirurgica sia in regime di ricovero che ambulatoriale.

Monitoraggio evasione liste d'attesa

L'ultimo monitoraggio effettuato su base trimestrale sulla base dei dati al 31 dicembre 2023 è stato condotto al 30 settembre 2024 e riguarda il recupero delle prestazioni chirurgiche in lista d'attesa negli anni ante 2023 e 2023. Le Aziende caricano, nel "drive" strutturato a livello regionale, i dati su base trimestrale. Tali dati sono alla base degli incontri periodici con le Aziende per verificare il recupero progressivo delle prestazioni.

Monitoraggio prestazioni in lista d'attesa anno 2020-2021

	Prestazioni in lista d'attesa al 31.12.2023	Prestazioni recuperate dal 1.1.2024 al 30.9.2024	Prestazioni in lista d'attesa al 30.9.2024	% di recupero al 30.9.2024
DRG chirurgici	5.201	4.221	980	81,16
Chirurgia ambulatoriale	2.186	2.119	67	96,94
Totale prestazioni	7.387	6340	1.047	85,83

Monitoraggio prestazioni in lista d'attesa anno 2022

	Prestazioni in lista d'attesa al 31.12.2023	Prestazioni recuperate dal 1.1.1024 al 30.9.2024	Prestazioni in lista d'attesa al 30.9.2024	% di recupero al 30.9.2024
DRG chirurgici	4.882	3.534	1.348	72,39
Chirurgia ambulatoriale	2.676	2.144	532	80,12
Totale prestazioni	7.558	5.678	1.880	75,13

Monitoraggio prestazioni in lista d'attesa anno 2023

	Prestazioni in lista d'attesa al 31.12.2023	Prestazioni recuperate dal 1.1.2024 al 30.9.2024	Prestazioni in lista d'attesa al 30.9.2024	% di recupero al 30.9.2024
DRG chirurgici	13.984	8.861	5.123	63,37
Chirurgia ambulatoriale	8.222	4.377	3.845	53,24
Totale prestazioni	22.206	13.238	8.968	59,61

Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici

Si riportano, in allegato, i dati di monitoraggio “*ex post*” delle prestazioni chirurgiche sottoposte a monitoraggio ministeriale (Appendice 1).

Monitoraggio tempi di attesa “*ex ante*”

I tempi di attesa “*ex ante*” delle prestazioni chirurgiche sono appannaggio delle singole strutture non esistendo un flusso informativo a ciò deputato. Al fine di poter realizzare un flusso informativo di dati sia verso la Regione che verso il livello centrale, la Regione Umbria, tramite le due Aziende ospedaliere, ha aderito al “*Protocollo di studio LiDiA*” dedicato alla sperimentazione di un flusso informativo per il monitoraggio “*ex ante*” delle liste di attesa per ricovero chirurgico programmato.

La disponibilità di un flusso informativo dedicato alle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati consente infatti di perseguire i seguenti risultati:

- omogeneità delle definizioni e classificazioni;
- programmazione “*ex ante*” dei flussi operativi dei ricoveri programmati anche ai fini delle indicazioni contenute nel D.M. n. 70/2015 in tema di organizzazione delle reti ospedaliere e rispetto delle soglie minime di rischio;
- monitoraggio continuo delle liste d’attesa “*ex-ante*” a livello locale e nazionale;
- confronto e coordinamento tra Regioni finalizzati allo sviluppo di indirizzi, regole e modalità condivise;
- valutazione di appropriatezza, qualità ed equità dell’assistenza;
- ricerca statistica, epidemiologica e clinica;
- promozione della interconnettività dei flussi informativi già esistenti;
- monitoraggio continuo dei processi organizzativi di sala operatoria quale nodo di gestione operativa del sistema delle liste d’attesa per ricoveri chirurgici.

Consistenza delle liste operatorie

Si riportano in Appendice 2 i dati forniti dalle Aziende al 30 settembre 2024 come da queste estratti. Ciò in quanto si è privi di un sistema informatico che fornisca le liste di attesa dei ricoveri chirurgici.

Efficientamento sale operatorie

Allo stato attuale, a seguito del recepimento delle linee di indirizzo regionali sui regolamenti di sala operatoria, le Aziende hanno adeguato i propri regolamenti aziendali e stanno portando avanti una revisione dei sistemi informativi e delle procedure al fine di efficientare l’uso delle sale operatorie e garantire equità e trasparenza di accesso alle liste d’attesa chirurgiche. L’utilizzo delle sale operatorie viene monitorato dalle Aziende su base settimanale. Dai suddetti monitoraggi settimanali degli indicatori previsti dalle linee di indirizzo regionali si sta registrando il miglioramento di alcune “*performances*”, tra le quali il tasso di utilizzo delle sale operatorie, la riduzione del ritardo di inizio del primo intervento chirurgico e la diminuzione del tempo di “*turnover*”; tali miglioramenti stanno dando i primi esiti anche in termini di aumento della produzione chirurgica.

segue Allegato J

A livello regionale si sta lavorando alla definizione di un cruscotto di monitoraggio degli indicatori del percorso del paziente chirurgico programmato e di utilizzo delle sale operatorie in grado di fornire un dato complessivo regionale. La definizione del cruscotto regionale di monitoraggio sarà uno dei temi che verranno affrontati nel richiamato corso di formazione regionale sul percorso del paziente chirurgico programmato che ha preso l'avvio lo scorso 21 settembre 2024.

Produttività dei ricoveri chirurgici

Si riportano i dati dell'attività chirurgica sia in termini di casi che di volumi economici distinta per ospedale e nel confronto per anno dal 2019 al 2024 (primo semestre con proiezione all'intero anno):

Regione Umbria- Ricoveri- Attività (Strutture Umbre) anni 2019-2024 - Tutti gli oneri – Reparto di intervento – Intero anno (SDO aggiornata al I° semestre 2024)

Attività Tot.	2019	2020	2021	2022	2023	2024	PROIEZIONE 2024
80101 Città di Castello	3.566	2.639	2.892	3.050	3.107	1.647	3.294
80102 Umbertide	1.097	867	754	638	729	362	724
810 Branca	3.192	2.503	2.629	2.906	3.010	1.620	3.240
80301 Castiglione del Lago	769	436	303	381	628	450	900
80304 Assisi	1.371	713	666	747	1.018	517	1.034
80307 MVT Media Valle del Tevere	1.880	677	821	1.337	1.551	966	1.932
201 USL UMBRIA 1	11.875	7.835	8.065	9.059	10.043	5.562	11.124
80501 Spoleto	2.954	1.870	1.072	1.634	1.873	1.025	2.050
80502 Norcia	0	0	1	0	1	0	0
806 Orvieto	2.167	1.252	1.441	1.231	1.651	790	1.580
80701 Narni	1.547	904	1.622	1.160	1.124	679	1.358
80702 Amelia	16	10	11	0	0	0	0
80901 Foligno	5.798	4.622	4.729	5.060	5.361	2.945	5.890
80902 Trevi	0	0	0	0	1	0	0
202 USL	12.482	8.658	8.876	9.085	10.011	5.439	10.878
901 A.O.	14.857	11.660	13.557	13.739	14.224	7.492	14.984
902 A.O.	11.819	8.306	9.815	10.016	10.904	5.597	11.194
	58.737	43.958	48.809	49.836	53.555	29.088	58.176

Regione Umbria - Ricoveri - Attività (Strutture Umbre) anni 2014-2024 - Tutti gli oneri – Reparto di intervento – Intero anno (SDO aggiornata al I° semestre 2024)

Attività Tot.	Volumi						Proiezione intero anno 2024
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
80101 Città di Castello	12.095.261,00	10.003.858,00	11.100.241,00	10.960.050,80	10.799.135,60	5.882.164,00	11.764.328
80102 Umbertide	2.295.847,00	1.658.746,00	1.467.405,00	1.293.081,00	1.552.942,00	677.331,00	1.354.662
810 Branca	10.297.815,00	9.706.791,00	11.080.211,00	10.407.430,00	10.529.187,00	5.884.154,00	11.768.308
80301 Castiglione del Lago	1.508.542,00	820.522,00	435.605,00	574.018,00	908.848,00	619.556,00	1.239.112
80304 Assisi	2.124.223,00	1.146.941,00	999.371,00	1.068.822,00	1.476.514,00	741.312,00	1.482.624
80307 MVT Media Valle del Tevere	4.508.852,00	1.587.989,00	1.377.630,00	2.388.510,00	2.967.171,00	1.871.696,00	3.743.392
201 USL UMBRIA 1	32.830.540,00	24.924.847,00	26.460.463,00	26.691.911,80	28.233.797,60	15.676.213,00	31.352.426
80501 Spoleto	10.523.748,00	7.505.008,00	5.056.599,00	7.115.497,00	8.000.102,00	4.442.037,00	8.884.074
80502 Norcia	0	0	1.658,00	0	2.029,00	0	0
806 Orvieto	8.894.156,00	4.649.210,20	5.573.947,00	5.450.781,00	6.374.568,00	3.328.660,00	6.657.320
80701 Narni	3.935.525,00	2.305.570,00	3.801.988,00	3.103.035,00	3.177.166,00	2.032.410,00	4.064.820

80702 Amelia	27.452,00	19.031,00	19.063,00	0	0	0	0
80901 Foligno	23.298.150,20	20.627.210,83	23.418.060,40	21.702.639,60	22.798.975,00	12.118.246,00	24.236.492
80902 Trevi	0	0	0	0	16.968,00	0	0
202 USL UMBRIA 2	46.679.031,20	35.106.030,03	37.871.315,40	37.371.952,60	40.369.808,00	21.921.353,00	43.842,76
901 Azienda Ospedaliera di Perugia	88.722.967,92	77.752.539,92	86.085.815,48	86.243.668,36	87.294.129,88	47.427.205,36	94.854.411
902 Azienda Ospedaliera di Terni	57.102.059,00	46.971.483,00	53.123.326,00	54.289.014,00	57.183.617,00	29.450.987,00	58.901.974
Totale	252.840.959,12	212.834.684,95	232.854.468,88	233.324.564,76	242.318.237,48	132.467.567,36	264.935.135

Dai dati di monitoraggio si evidenzia la progressiva ripresa della produttività chirurgica nelle quattro Aziende a partire dal 2022 dopo la flessione del 2020 e del 2021 per quanto connesso con il periodo di riduzione delle attività legate all'emergenza pandemica. Nel 2024 si evidenzia una maggiore produttività rispetto al 2023 in quanto l'obiettivo è quello di evadere le liste di attesa come da piano operativo e di ritornare progressivamente ai valori ante COVID. Proprio alla luce del monitoraggio del recupero delle liste di attesa e del miglioramento delle "performances", con la D.G.R. n. 759/2024 recante "Aziende Sanitarie regionali - Assegnazione obiettivi per l'anno 2024", sono stati assegnati specifici obiettivi alle Aziende del SSR, per quanto concerne le liste di attesa:

Obiettivi aziende territoriali

		5	O15a	Territorio-Ospedale	Governo delle liste di attesa e rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	<p>Azzeramento percorsi di tutela annualità 2022-2023</p> <p>Diminuzione dei PDT registrati nell'anno 2024 con residuo al 31.12.2024 di max 10.000</p> <p>Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni sottoposte a monitoraggio > 90% per le classi U,B e D</p>	31/12/2024	<p>1) PDT = 0 del 2022-2023; Residuo P.D.T. 2024 < 10.000; rispetto tempi di attesa per le classi U,B; D > 90% = 100% risultato</p> <p>2) PDT = 0 del 2022-2023; Residuo P.D.T. 2024 compreso 10.000 - 15.000; Rispetto tempi di attesa per le classi U,B; D > 80% = 80% risultato</p> <p>3) P.D.T. 2024 > 15.000; rispetto tempi di attesa per le classi U,B; D < 80 = 0% risultato</p>		
--	--	---	------	---------------------	--	--	------------	---	--	--

15	Governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali e delle liste di attesa chirurgiche	5	O15b	Ospedale	Governo delle liste di attesa e rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni chirurgiche	<p>Azzeramento interventi chirurgici inorfiti in lista di attesa ante 2023</p> <p>Recupero interventi chirurgici anno 2023 definendo specifico programma operativo</p> <p>Rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno > 90%</p> <p>Passaggio degli interventi chirurgici dal setting di ricovero al setting ambulatoriale come da DGR 194/2024 (100% Tipo 1, 100% Tipo 2, rispetto % ammissibilità Tipo 3) (questo obiettivo è misurato con i controlli esterni)</p>	31/12/2024	<p>1) Residuo interventi chirurgici ante 2023 = 0; Residuo interventi chirurgici 2023 pari alla % del piano operativo; rispetto tempi di attesa per le classe A per tumori > 90% = 100% risultato</p> <p>2) Residuo interventi chirurgici ante 2023 = 0; Residuo interventi chirurgici 2023 inferiore alla % del piano operativo; rispetto tempi di attesa per le classe A per tumori > 80% = 80% risultato</p> <p>3) Residuo interventi chirurgici ante 2023 = 0; Residuo interventi chirurgici 2023 inferiore alla % del piano operativo; rispetto tempi di attesa per le classe A per tumori < 80% = 0% risultato</p>	Liste di attesa	Sistemi informativi, sanità digitale e innovazione
----	---	---	------	----------	--	--	------------	---	-----------------	--

Fonte Regione Umbria

Obiettivi aziende ospedaliere

		5	O17a	Territorio-Ospedale	Governo delle liste di attesa e rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	<p>Sottoscrizione accordo azienda territoriale per recupero PDT e erogazione prestazioni non erogate azienda territoriale</p> <p>Erogazione prestazioni inserite nell'accordo sottoscritto con Azienda territoriale = 100%</p> <p>Prescrizione ed erogazione prestazioni di Il livello = 100%</p>	31/12/2024	<p>1) Sottoscrizione accordo con numero/% di prestazioni da garantire; Erogazione prestazioni dell'accordo = 100%; Prescrizioni di Il livelli = 100% = 100% risultato</p> <p>2) Sottoscrizione accordo con numero/% di prestazioni da garantire; Erogazione prestazioni dell'accordo < 100%; Prescrizioni di Il livelli < 100% = 80% risultato</p> <p>3) Sottoscrizione accordo con numero/% di prestazioni da garantire; Erogazione prestazioni dell'accordo < 80%; Prescrizioni di Il livelli < 80% = 0% risultato</p>		
--	--	---	------	---------------------	--	---	------------	--	--	--

15	Governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali e delle liste di attesa chirurgiche	5	O17a	Ospedale	Governo delle liste di attesa e rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni chirurgiche	<p>Azzerramento interventi chirurgici inseriti in lista di attesa ante 2023</p> <p>Recupero interventi chirurgici anno 2023 definendo specifico programma operativo</p> <p>Rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno > 90%</p> <p>Passaggio degli interventi chirurgici dal setting di ricovero al setting ambulatoriale come da DGR 194/2024 (100% Tipo 1, 100% Tipo 2, rispetto % ammissibilità Tipo 3) (questo obiettivo è misurato con i controlli esterni)</p>	31/12/2024	<p>1) Residuo interventi chirurgici ante 2023 = 0;; Residuo interventi chirurgici 2023 pari alla % del piano operativo, rispetto tempi di attesa per le classe A per tumori >90% = 100% risultato</p> <p>2) Residuo interventi chirurgici ante 2023 = 0;; Residuo interventi chirurgici 2023 inferiore alla % del piano operativo, rispetto tempi di attesa per le classe A per tumori >85% = 80% risultato</p> <p>3) Residuo interventi chirurgici ante 2023 = 0;; Residuo interventi chirurgici 2023 inferiore alla % del piano operativo, rispetto tempi di attesa per le classe A per tumori <80% = 0% risultato</p>	Liste di attesa	Sistemi informativi, sanità digitale e innovazione
----	---	---	------	----------	--	---	------------	---	-----------------	--

Fonte Regione Umbria

ITER DEL PAZIENTE CHIRURGICO DEFINITO NEI REGOLAMENTI DI SALA OPERATORIA

Il percorso chirurgico del paziente prende avvio quando una visita specialistica chirurgica (sia essa in regime istituzionale che in regime libero-professionale) esita in una diagnosi o ipotesi di diagnosi che necessita di intervento chirurgico.

Come previsto dalla D.G.R. n. 1406/2023 l'iter chirurgico del paziente prevede:

- la fase preoperatoria,
- la fase intra-operatoria;
- la fase post-operatoria.

Si riporta sinteticamente la descrizione delle varie fasi (riferimento punto 2.2.1, punto 2.2.2 e punto 2.2.3 delle *"Linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria"* di cui alla citata D.G.R. n. 1406/2023).

La fase preoperatoria (descritta nel dettaglio al punto 2.2.1 delle citate *"Linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria"*) si articola nel seguente modo:

- inserimento in lista di presa in carico;
- inclusione in lista di attesa;
- pre-ricovero;
- ricovero.

La lista di presa in carico riguarda i pazienti che hanno eseguito una visita specialistica che, benché abbia fornito una indicazione chirurgica, non sono nelle immediate condizioni di operabilità in quanto necessitano di ulteriori visite specialistiche, accertamenti diagnostici o di trattamenti adiuvanti.

Al momento della prima visita specialistica, il medico chirurgo inserirà nel gestionale informatizzato il paziente nella lista di "Presa in carico" e compilerà un modulo attraverso il quale il paziente verrà informato del suo inserimento in questa fase del percorso chirurgico.

Le condizioni che possono determinare il posticipo nell'inserimento in lista d'attesa a favore dell'inserimento in "lista di presa in carico" sono di norma:

- la puntualizzazione di una corretta stadiazione della patologia o necessità di approfondimenti diagnostici;
- l'indicazione ad eventuali trattamenti farmacologici o terapie neo-adiuvanti;
- la necessità di attesa per la valutazione e/o osservazione prima dell'intervento per stabilizzazione di comorbidità coincidenti con la indicazione chirurgica;

· la valutazione multidisciplinare pre-intervento (proposta di valutazione clinica al GOM – Gruppi oncologici multidisciplinari).

La creazione della lista di “Presa in carico” garantisce al SSR una lista di attesa accurata che permetta di perseguire gli obiettivi di equità di accesso alle cure chirurgiche e di trasparenza.

La lista di attesa

Per omogeneizzare e uniformare l’inserimento in lista di attesa in tutte le strutture, è stata elaborata una griglia che consente di individuare per ogni paziente.

1. la complessità clinica (intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico);
2. la priorità clinica (classe di priorità) per ciascuna classe di complessità;
3. il *setting* assistenziale appropriato (degenza ordinaria, degenza diurna, ambulatorio). Il paziente candidabile direttamente all’intervento chirurgico, cioè con diagnosi e indicazione chirurgica “certa” al momento della prima visita, o dopo visita di controllo, una volta completato l’iter diagnostico, potrà essere inserito dallo specialista in lista di attesa, con:
 - a. l’assegnazione dei codici ICD-C9-CM alla patologia e l’assegnazione dei codici ICD-C9-CM alla procedura chirurgica da eseguire (classificata con i codici ICD-C9-CM). Tale classificazione consente di individuare le seguenti “classi di complessità” previste nel documento ministeriale “*Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SAR5-CO V-2 0001525- 24/01/2022*”;
 - b. la definizione della “classe di priorità clinica” più appropriata (A, B, C, D) viene effettuata utilizzando i criteri contenuti nell’ Appendice 1 dell’allegato ministeriale “*Metodologia per la correlazione tra il nuovo sistema di classificazione degli interventi chirurgici in lista di attesa (c.d. Nomenclatore unico liste di attesa chirurgiche) e le “classi di complessità” per il recupero delle prestazioni*”;
 - c. l’individuazione del *setting* assistenziale ovvero la definizione del potenziale *setting* più appropriato per la gestione della procedura chirurgica e del paziente chirurgico (ricovero ordinario, ricovero diurno, procedura ambulatoriale).

Lo specialista della struttura alla quale afferisce la lista di attesa è titolare del giudizio sull’appropriatezza del ricovero proposto, nonché responsabile dell’attribuzione del caso alla classe di priorità ed al corretto livello di assistenza ospedaliera (*setting*) stabiliti in base alla verifica dei requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico.

Il pre-ricovero

Tutte le Aziende sanitarie utilizzano il sistema informatizzato “*Ormaweb®*” per la gestione della programmazione chirurgica e dell’iter del paziente chirurgico.

È parte integrante dell’iter del paziente chirurgico la fase di pre-ricovero, il cui percorso è attivato per definire il rischio peri-operatorio e dichiarare il paziente ricoverabile/operabile

e permette inoltre ai professionisti responsabili di questo momento di valutare l' idoneità chirurgica ed eventualmente approfondire lo studio del paziente al fine di identificare il *setting* di cura idoneo e fornire al paziente i relativi supporti informativi, tra i quali, attraverso apposite procedure, la somministrazione e/o restituzione del relativo consenso informato.

La fase di pre-ricovero raggruppa le attività necessarie a rendere il paziente pronto per la sala operatoria. Viene avviato mediante la chiamata del paziente per il pre-ricovero sulla base del periodo previsto per il ricovero.

È previsto un calendario per la pianificazione di appuntamenti e di visite di pre-ospedalizzazione in relazione alla consistenza quali-quantitativa delle liste di attesa. Il medico anestesista completa l' iter di pre-ospedalizzazione con la visita e la firma del consenso anestesiologicalo.

Sono stati effettuati interventi per regolamentare anche la fase pre-ospedaliera del percorso chirurgico, prevenendo che l' inserimento in lista di attesa avvenga solo ed esclusivamente previa visita ambulatoriale specifica e che soltanto le persone inserite in lista di attesa possano accedere alla visita anestesiologicala pre-chirurgica. I pazienti in lista di attesa che hanno effettuato visita anestesiologicala preoperatoria possono a questo punto essere inseriti nella lista preoperatoria. Tale regolamentazione garantisce in massima parte l' effettuazione dell' intervento chirurgico in tempi congrui rispetto alla classe di priorità e il rispetto dei tempi di pre-ospedalizzazione.

Si sottolinea, inoltre, che le Aziende hanno aumentato le disponibilità degli ambulatori di pre-ospedalizzazione, garantendo una riduzione dei tempi, fermo restando che il sistema, pur avendo elevate potenzialità, è limitato dall' assenza di professionisti ed in particolare di anestesisti.

La programmazione chirurgica, con l' assegnazione delle sale operatorie per le varie discipline chirurgiche afferenti al blocco operatorio, eseguita con cadenza periodica (trimestrale, mensile, settimanale e di conferma giornaliera), è il piano di programmazione delle attività chirurgiche che prevede l' assegnazione delle risorse operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità,

Le Aziende sanitarie hanno adottato le procedure per garantire la pianificazione sistematica degli interventi operatori.

Il ricovero

Confermata la lista operatoria, i pazienti vengono ricoverati nel *setting* assistenziale idoneo per il trattamento da eseguire nel rispetto delle regole previste. La fase preoperatoria si conclude con l' accesso in sala operatoria.

Il paziente deve essere, inoltre, sempre informato che esiste la possibilità di veder rinviato l' intervento chirurgico per cause di forza maggiore quali:

-necessità di effettuare interventi di emergenza/urgenza;

-allungamenti non prevedibili di altri interventi che possano far slittare il programma operatorio della giornata;

-imprevisti tecnici delle eventuali apparecchiature/tecnologie da impiegare.

Di tale informazione, resa obbligatoriamente dal chirurgo all'assistito, deve esserne data evidenza nelle note informative all'intervento chirurgico.

Le disposizioni regionali prevedono che al paziente, il cui intervento viene rinviato, deve essere assicurato il primo posto in lista nella prima seduta operatoria assegnata alla specialità chirurgica interessata.

La fase intra-operatoria (descritta nel dettaglio al punto 2.2.2 delle "Linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria" di cui alla già citata D.G.R. n. 1406/2023) riguarda la gestione delle attività eseguite per il paziente dal momento in cui accede fino quando esce dal blocco operatorio. Il percorso intra-operatorio inizia con la chiamata del paziente ed il suo trasporto nel blocco operatorio e si conclude con l'uscita dallo stesso per il ritorno nel reparto di degenza o per il suo ricovero in aree ad alta intensità (terapia intensiva).

All'interno di questa fase è situato l'atto chirurgico, quale evento principale dell'intero percorso, in cui la corretta pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività consente di massimizzare la sicurezza del paziente e dei professionisti sanitari anche attraverso il corretto utilizzo di strumenti di controllo posti lungo il processo (*checklist* di sala operatoria).

Il miglioramento di un processo nasce attraverso la sua misurazione, ovvero l'individuazione di una serie di tempi (definiti eventi in questo documento), in grado di descrivere il flusso delle attività eseguite sul paziente e che alla fine ne permette la conoscenza oggettiva e lo sviluppo di indicatori che possano descrivere l'adeguato fluire delle attività del processo, l'efficacia e l'efficienza della cura chirurgica. La definizione degli eventi/tempi che debbono essere rilevati per la corretta e completa descrizione del percorso chirurgico all'interno del blocco operatorio sono 15 di cui 7 obbligatori e la loro registrazione consente di monitorare l'utilizzo delle sale operatorie. Tutte le Aziende sono in grado di rilevare i sette tempi obbligatori di sala operatoria e stanno procedendo nel loro periodico monitoraggio. A livello regionale si stanno pianificando le azioni per strutturare un cruscotto per la verifica di utilizzo di tutte le sale operatorie a disposizione della rete ospedaliera regionale al fine di pianificare il pieno utilizzo delle stesse anche in relazione alla consistenza quali-quantitativa delle liste di attesa chirurgiche delle singole Aziende. Per l'implementazione del cruscotto sono stati organizzati incontri specifici tra le parti in causa volti a definire meglio il percorso da intraprendere per lo sviluppo di una piattaforma unica a livello regionale. Da tali incontri è emersa l'uniformità di utilizzo dello stesso "software" per i percorsi chirurgici, seppur con differenti versioni applicative ma comunque tutti contenenti gli stessi indicatori utili per il monitoraggio. Sul cruscotto si sta elaborando un progetto con due passaggi nel processo realizzativo:

-il primo attiene all'avvio e riguarderà la misurazione delle consistenze delle liste operatorie;

-il secondo dopo cinque mesi dall'avvio saranno implementati ulteriori indicatori che consentiranno di mettere a regime il cruscotto e quindi assicurare il completo monitoraggio.

A corredo di tali passaggi saranno svolti incontri con i comitati operativi e strategici aziendali per meglio analizzare i dati ed attivare azioni correttive e/o temperamenti o adeguamenti per una migliore gestione del percorso del paziente chirurgico programmato. Per ora le Aziende andranno avanti con i mezzi a disposizione. È importante sottolineare che a livello di prestazioni chirurgiche non può esistere un sistema informativo unico come è il CUP per la specialistica ambulatoriale in quanto allo stato attuale la normativa prevede che i dati relativi alle prestazioni chirurgiche siano di pertinenza delle aziende e, pertanto, non esistono flussi informativi dei dati di dettaglio per cui la Regione può avere solo dati aggregati.

La fase post-operatoria

La fase post-operatoria (descritta nel dettaglio al punto 2.2.3 delle *“Linee di indirizzo regionali per il regolamento di sala operatoria”* di cui alla più volte citata D.G.R. n. 1406/2023) include le attività necessarie a rendere il paziente dimissibile dalla struttura sanitaria.

Nella fase post-operatoria è possibile identificare due sottogruppi di attività: il primo include quelle eseguite in regime di ricovero mentre il secondo le azioni da eseguire in regime ambulatoriale. La fase post-operatoria prevede il controllo e il monitoraggio delle condizioni del paziente sottoposto a intervento chirurgico e la gestione degli eventi avversi. Evidentemente, un elemento rilevante è costituito dal regime di ricovero nel caso di attività ambulatoriale oppure di *“day surgery”*, la fase post-operatoria dovrà garantire, oltre ad un'attenta valutazione del paziente in fase di dimissione, la gestione di tutti gli aspetti di carattere organizzativo volti a garantire la continuità dell'assistenza; nel caso invece di interventi per cui sia appropriato il ricovero in regime ordinario, diventa preponderante in questa fase la necessità di una presa in carico multidisciplinare delle problematiche cliniche del paziente.

Inoltre, la programmazione precoce delle dimissioni, attraverso le COT, permette di organizzare il percorso di uscita del paziente dalla struttura pianificando l'efficiente utilizzo delle risorse impegnate; in particolare, tale aspetto diviene fondamentale all'aumentare della complessità del caso in dimissione.

Le Aziende hanno posto in essere azioni volte ad assicurare la condivisione e la conoscenza dei regolamenti aziendali di sala operatoria, adottati alla luce delle linee di indirizzo regionali, e delle procedure ad essi collegate, da parte delle varie figure professionali delle sale operatorie dei presidi ospedalieri anche attraverso momenti formativi e informativi, nonché attraverso una fase di sperimentazione applicativa finalizzata a definire eventuali correttivi da apportare.

Come richiamato, le Aziende sanitarie regionali hanno provveduto ad emanare le procedure collegate al regolamento di sala operatoria e ad avviare i monitoraggi delle attività chirurgiche e di utilizzo delle sale operatorie.

Inoltre, come previsto dalla richiamata D.G.R. n. 1406/2023, la Direzione regionale Salute e Welfare ha definito, in collaborazione con il Gruppo di esperti nazionale, un progetto formativo regionale per supportare l'attuazione delle linee di indirizzo per i regolamenti di sala operatoria che ha preso avvio a settembre 2024 e vede coinvolti i RUA e tutti i Gruppi tecnici (gruppo strategico, gruppo di programmazione e gruppi operativi) nominati nelle Aziende sanitarie.

Di seguito si riportano le ulteriori azioni intraprese presso le Aziende volte a garantire la riduzione ed il contenimento delle liste d'attesa chirurgiche:

1. pulizia delle liste di attesa degli interventi chirurgici anni 2021-2022-2023;
2. monitoraggio trimestrale delle prestazioni recuperate in lista di attesa;
3. attivazione progetti in attività aggiuntiva prevedendo l'apertura di sedute operatorie aggiuntive, attraverso l'acquisizione della disponibilità di dirigenti medici, personale infermieristico ed OSS;
4. protocolli d'intesa tra aziende territoriali e ospedaliere per l'abbattimento delle liste d'attesa chirurgiche in regime di ricovero e ambulatoriale.

Infine, in ordine alla rilevazione del grado di soddisfacimento dell'utenza, le Aziende umbre, con Capofila l'Azienda Ospedaliera di Terni, hanno aderito al progetto PREMs (*Patient Reported Experience Measures* - Ricoveri) del Laboratorio MeS - Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa che

prevede un'indagine di esperienza del servizio di ricovero ordinario che si propone di rilevare il grado di soddisfazione di tutti gli utenti che sono stati ricoverati presso le strutture ospedaliere, con qualsiasi diagnosi e in qualsiasi reparto. La modalità con la quale l'indagine di "*customer satisfaction*" è avvenuta mediante la somministrazione di un questionario da compilare su base volontaria raccontando la propria esperienza in modo da raccogliere sistematicamente le informazioni relative all'ospedalizzazione utilizzandole per monitorare la qualità dell'assistenza fornita durante il ricovero. Tale procedura è in grado di aprire un canale diretto e continuo di comunicazione tra i cittadini e le Aziende sanitarie aderenti all'iniziativa. Alla data odierna sono disponibili i dati fatti registrare dall'A.O. di Terni e riportati nel *report* di monitoraggio aggiornato al 25 settembre 2024. Il *report* fa rilevare i dati di seguito riportati secondo alcuni indicatori:

-adesione:

- tasso di adesione: rapporto tra i pazienti contattabili e i dimessi effettivi;
- dimessi effettivi: numero dei pazienti che sono stati dimessi;
- dimessi contattabili: numero dei pazienti dimessi che hanno lasciato un proprio contatto (e-mail e/o numero di cellulare) per partecipare all'indagine;

-partecipazione:

- tasso di risposta: rapporto tra i questionari ricevuti e i pazienti contattati;
- dimessi contattati: numero dei pazienti che, dopo aver lasciato il proprio contatto, hanno ricevuto via e-mail e/o sms l'invito a compilare il questionario;

- segue Allegato K

- questionari compilati: numero di questionari ricevuti, conteggiando i pazienti che hanno compilato oltre la metà del questionario.

Il tasso di adesione alla data del *report* (n. 25.392 dimessi vs n.5.003 adesioni PREMS) è pari al 19,70% (con i risultati più lusinghieri fatti registrare presso i reparti di divisione pediatrica, clinica pediatrica, chirurgia generale e degenza breve e ostetricia e ginecologia). Nel periodo da luglio 2023 fino a settembre 2024 sono stati compilati n. 1.611 questionari. Il questionario somministrato ai pazienti, strutturato per sezioni e composto da 39 quesiti, segue il percorso del paziente nelle varie fasi dell'ospedalizzazione aiutandolo a ricostruire e quindi a descrivere gli aspetti che hanno caratterizzato le varie fasi del suo ricovero. Tale strumento d'indagine ha quindi due connotazioni: "*reporting*" e "*rating*" ed è ricco di domande standard a risposta chiusa ed altre a risposta libera. Vi sono in particolare cinque quesiti che prevedono risposte aperte riguardanti gli aspetti più significativi del ricovero: a) accoglienza; b) il rapporto con il personale, c) il comfort del reparto; d) commenti generali su aspetti positivi e negativi della permanenza in ospedale; e) la valorizzazione del personale ospedaliero. L'intenzione dell'Amministrazione regionale nel 2024 è quella di estendere a tutte le Aziende sanitarie regionali l'indagine di cui al progetto pilota condotto dall'A.O. di Terni. A tal fine con determinazione dirigenziale n. 7038 del 28 giugno 2024 è stato approvato

il documento di coordinamento dell'indagine rivolta ai pazienti degli ospedali regionali, che, in relazione alle caratteristiche dei sistemi informativi in uso da parte delle Aziende sanitarie regionali, ha stabilito il seguente cronoprogramma di avvio delle attività progettuali:

- ottobre 2024: avvio dell'indagine per la AUSL Umbria 2, in quanto ha in comune con l'A.O. di Terni lo stesso sistema informativo, già testato dalla Azienda stessa;
- novembre 2024: avvio dell'indagine per l'A.O. di Perugia e per la AUSL Umbria 1. L'Azienda USL Umbria n. 2 ha già comunicato l'intento di aderire al progetto con tutti gli ospedali del territorio di appartenenza. Si fa presente inoltre che in occasione di un evento accreditato ECM (Educazione continua medica), organizzato in collaborazione con la Scuola S. Anna di Pisa, previsto per il giorno 5 novembre 2024 presso la Regione Umbria, avente ad oggetto il sistema di valutazione della "*performance*" dei sistemi sanitari regionali (indicatori MES e i risultati dell'indagine avviata in Umbria presso l'A.O. di Terni) sono stati presentati i risultati aggiornati riferiti al primo anno di sperimentazione dell'indagine PREMS, che saranno resi disponibili in seguito.

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE - PRINCIPALI AZIONI IN MATERIA DI SICUREZZA SUL LAVORO

Si riportano, di seguito, le principali azioni in materia di sicurezza sul lavoro, contenute nel Piano Regionale della Prevenzione approvato con D.G.R. n. 1331/2021:

1. PP3. Luoghi di lavoro che promuovono salute Questo programma è orientato a proporre alle aziende un percorso strutturato, basato su un processo partecipato con tutte le figure aziendali strategiche, che le impegni ad attuare interventi di promozione della salute. Gli interventi riguardano temi quali tabagismo, alimentazione, consumo a rischio di alcol e attività fisica. Le azioni principali includono:

- Organizzazione regionale della rete di promozione della salute nei luoghi di lavoro.
- Formazione degli stakeholder per mettere in comune conoscenze e favorire alleanze.
- Realizzazione di un documento regionale di buone pratiche su temi di salute definiti.
- Accordi intersettoriali, sviluppati anche nel Comitato di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs 81/08, per promuovere la rete delle aziende che promuovono salute e favorire la loro adesione.
- Collaborazione con le associazioni di categoria per coinvolgere le imprese. o Creazione di una piattaforma regionale per la promozione della salute nei luoghi di lavoro.
- Formazione dei medici competenti e dei referenti aziendali.
- Campagne informative per sensibilizzare, in particolare, le donne sul rischio di sedentarietà e fumo.

2. PP6. Piano Mirato di Prevenzione (PMP). Il programma si prefigge l'attivazione del PMP, un modello di intervento che combina assistenza e vigilanza. I PMP da realizzare riguardano:

- Sicurezza nell'uso delle macchine nel settore metalmeccanico.
- Prevenzione del rischio nella movimentazione di merci tramite carrelli elevatori (settore logistica e trasporto merci).
- Prevenzione del rischio chimico nelle falegnamerie. Le azioni previste includono: o Formazione sul metodo PMP rivolta agli operatori ASL.
- Progettazione dei PMP e coinvolgimento delle aziende nelle fasi di assistenza, autovalutazione e vigilanza.
- Redazione di report annuali di monitoraggio sui rischi e sulle attività realizzate. o Formazione degli operatori, condivisione delle informazioni nel Comitato ex art. 7 D. Lgs. 81/08, e coinvolgimento delle microimprese per garantire l'equità.

3. PP7. Prevenzione in edilizia e agricoltura Questo programma si concentra su settori ad alto rischio di infortuni e malattie professionali, come edilizia e agricoltura. Le azioni principali sono:

- Attuazione di piani annuali di vigilanza, controllo e assistenza nei settori edilizia e agricoltura.

- Prevenzione del rischio di ribaltamento dei mezzi agricoli e della caduta dall'alto in edilizia.
- Sviluppo di buone pratiche per una sorveglianza sanitaria efficace.
- Stesura di linee guida per la vigilanza nei settori di edilizia e agricoltura.
- Formazione degli operatori ASL e delle imprese.
- Promozione di attività informative rivolte a lavoratori stranieri per garantire l'equità

4. PP8. Prevenzione rischio cancerogeno, patologie muscolo-scheletriche e stress correlato al lavoro. Il programma prevede la creazione di Piani Mirati di Prevenzione (PMP) per affrontare i rischi cancerogeni, ergonomici e legati allo stress lavoro-correlato. Le azioni includono:

- Rischio cancerogeno nel settore delle imprese di bonifica di materiali contenenti amianto.
- Rischio da sovraccarico biomeccanico nel settore delle lavorazioni carni.
- Rischio da stress lavoro-correlato e violenza nelle cooperative sociali e in altri settori ad alto rischio. Le azioni previste sono:
- Formazione degli operatori ASL e delle imprese.
- Progettazione dei PMP e coinvolgimento delle aziende nelle fasi di assistenza, autovalutazione e vigilanza.
- Definizione di buone pratiche per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto. o Identificazione delle differenze nell'esposizione ai fattori di rischio, al fine di contrastare le disuguaglianze.

CASE DI COMUNITA' (CdC) - OSPEDALI DI COMUNITA' (OdC)

Si riportano la dislocazione e l'elenco delle CdC e degli OdC, forniti dall'Amministrazione con la nota deduttiva del 16 dicembre 2024, (v. paragrafo 2.10):

DISLOCAZIONE 22 CASE DELLA COMUNITA'

Azienda	Comune	Localizzazione
USL Umbria 1	Città di Castello	Centro di Salute - Via Vasari
	Umbertide	Centro di Salute - Largo Cimabue
	Magione	Centro di Salute - Piazza Simoncini
	Città della Pieve	Casa della Salute
	Gubbio	Centro di Salute - Piazza 40 Martiri
	Bastia Umbra	Palazzo della Salute
	Perugia	Lotto F ex policlinico Monteluce
	Perugia - Ponte San Giovanni	Centro di Salute - Via Cestellini
	Marsciano	Casa della Salute
	Todi	Centro multiservizi - Via G. Matteotti, 123
USL Umbria 2	Montefalco	PES via Ringhiera Umbra
	Spoletto	Centro di Salute - Via Aldo Manna
	Nocera Umbra	PES Via Martiri della libertà snc
	Norcia	Ospedale - Viale dell'ospedale
	Cascia	Ospedale - Via Giovanni XXIII
	Trevi	Casa della Salute
	Terni	Palazzina ex CIM- Viale Trieste
	Amelia	PES - Via I' Maggio
	Narni	Ex Mattatoio - Fuori porta ternana
	Orvieto	Ex Ospedale - Piazza Duomo
	Fabro	Centro di Salute - Via Gramsci

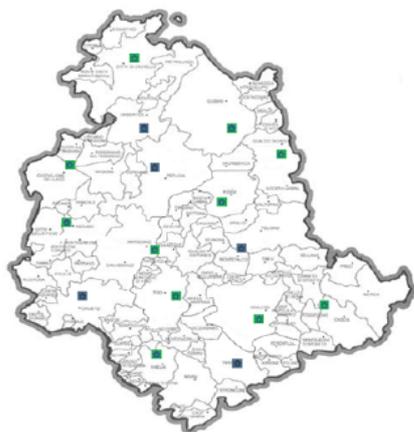


Inoltre con le risorse dell'ex art. 20 e del cofinanziamento aziendale verrà realizzata una ulteriore Casa di Comunità nell'ambito del progetto di riqualificazione dell'Ospedale Civico Calci di Guido Todino.

CUP	PROGETTO	Finanziamento PNRR	Finanziamento statale	Totale finanziamento
F17H22001070001	FABRO	€ 676.725,00	€ 67.672,50	€ 744.397,50
F18I22000480006	CITTÀ DI CASTELLO	€ 1.863.976,80	€ 186.023,20	€ 2.050.000,00
F31B21006630001	AMELIA	€ 2.344.012,00	€ 234.401,20	€ 2.578.413,20
F33D22000200006	GUBBIO	€ 140.000,00		€ 140.000,00
F37H22000820001	SPOLETO	€ 300.000,00	€ 30.000,00	€ 330.000,00
F38I21003400001	NARNI	€ 3.295.012,00		€ 3.295.012,00
F41B22001450001	TERNI	€ 3.480.001,57	€ 863.833,06	€ 4.343.834,63
F43D22000330001	ORVIETO	€ 3.275.000,00		€ 3.275.000,00
F43D22000350006	TODI	€ 404.573,00	€ 40.457,30	€ 445.030,30
F47H21009760001	CASCIA	€ 157.250,00		€ 157.250,00
F47H22001190001	NOCERA UMBRA	€ 700.000,00	€ 70.000,00	€ 770.000,00
F57H21008450001	NORCIA	€ 198.250,00		€ 198.250,00
F58I22000420006	MAGIONE	€ 1.500.000,00	€ 160.000,00	€ 1.660.000,00
F83D22001120006	UMBERTIDE	€ 200.000,00		€ 200.000,00
F93D22000270006	PERUGIA (P.S.G.)	€ 200.000,00		€ 200.000,00
F97H22000820001	MONTEFALCO	€ 300.000,00		€ 300.000,00
F97H24001570006	PERUGIA (Monteluca)	€ 5.536.023,20		€ 5.536.023,20
TOTALE		€ 24.570.823,57	€ 1.652.387,26	€ 26.223.210,83

Si evidenzia che, rispetto ai dati forniti dall'Amministrazione alla Sezione delle Autonomie mediante compilazione della "Tabella PNRR", dalla Piattaforma ReGIS risulta che l'intervento relativo alla CdC di Perugia, Via XIV Settembre (CUP F93D22000280006) si trova, alla data attuale, nello stato "cancellato", mentre è presente un ulteriore intervento relativo alla CdC di Perugia-Monteluca Via del Giochetto (CUP F97H24001570006), attualmente "in corso".

Dislocazione 16 OSPEDALI DI COMUNITÀ



LEGENDA OSPEDALE DI COMUNITÀ
 ■ Nuova istituzione fondi PNRR
 ■ Extra PNRR

Azienda	Comune	Localizzazione
AUSL Umbria 1	Città di Castello	Ospedale
	Umbertide	Ospedale
	Città della Pieve	Casa della Comunità
	Castiglione del Lago	Ospedale
	Gubbio	Ospedale Branca
	Gualdo Tadino	Ex Calai
	Assisi	Ospedale
	Perugia	Centro servizi Grocco
	Marsciano	Casa della Salute
	Pantalla	Ospedale MVT
AUSL Umbria 2	Montefalco	Via Ringhiera umbra
	Spoletto	Ospedale
	Amelia	Ospedale
	Cascia	Via Giovanni XXIII
	Terni	Viale Trento
	Orvieto	Piazza Duomo

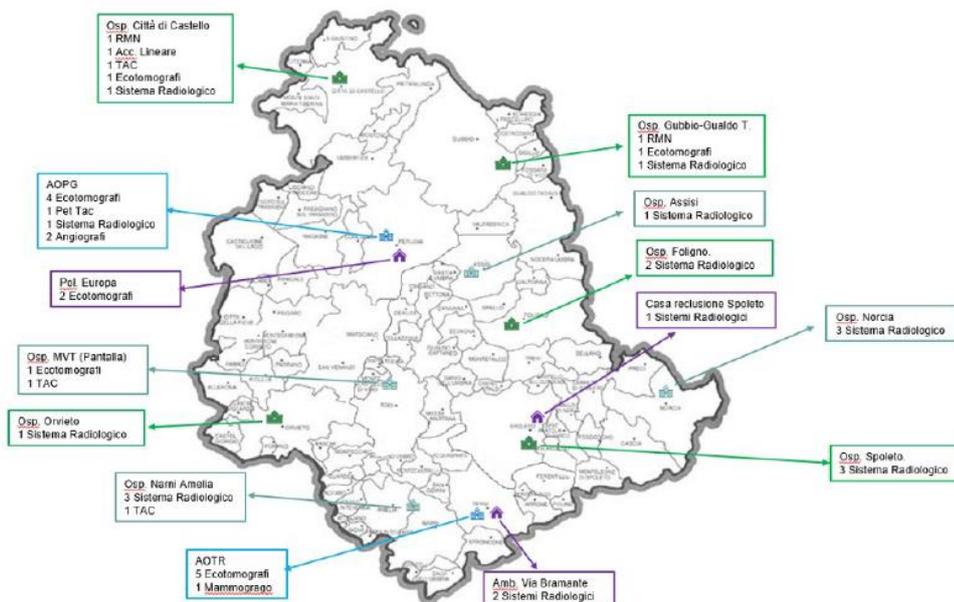
CUP	PROGETTO	Finanziamento PNRR	Finanziamento statale	Totale finanziamento
F43D22000340001	ORVIETO	€ 4.442.023,00		€ 4.442.023,00
F45F22000480001	TERNI	€ 680.954,40	€ 127.899,14	€ 808.853,54
F88I22000510006	UMBERTIDE	€ 2.750.000,00	€ 275.000,00	€ 3.025.000,00
F93D21005050001	MONTEFALCO	€ 4.779.290,00		€ 4.779.290,00
F98I22000230006	PERUGIA	€ 750.000,00		€ 750.000,00
	TOTALE	13.402.267,40 €	402.899,14 €	13.805.166,54 €

APPARECCHIATURE E ATTREZZATURE SANITARIE

Si riportano la dislocazione e l'elenco delle nuove apparecchiature sanitarie di cui agli interventi finanziati a valere sulla linea di finanziamento M6-C2-I 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature), nonché l'elenco dei n. 15 interventi finanziati a valere sulla linea di finanziamento M6C2 I1.2 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile, come indicati dall'Amministrazione con la nota deduttiva del 16 dicembre 2024 (v. paragrafo 2.10):

M6-C2-I 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature)

Ubicazione nuove apparecchiature



segue Allegato N

Interventi finanziati a valere sulla linea di finanziamento M6C2 I1.2 - Verso un ospedale sicuro e sostenibile

AZIENDA	CUP	DESCRIZIONE INTERVENTO	di cui GRANDI APPARECCHIATURE
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F62C16001680003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER IL CENTRO DI SALUTE DI CASTIGLIONE DEL LAGO	N.2 ECOGRAFI
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F92C16001270003	APPARECCHIATURE, TECNOLOGIE E SISTEMI INFORMATICI	
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F92C16001240003	ACQUISTO PER AGGIORNAMENTO E/O ADEGUAMENTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE/AMBULANZE PER SERVIZI VARI	ECOTOMOGRAFO
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F92C16001250003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER SERVIZI VARI UBICATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI	N.3 ECOTOMOGRAFI
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F12C16001370003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER OSPEDALE DI CITTA' DI CASTELLO	N.2 ECOGRAFI MULTIDISCIPLINARI, TC SIMULATORE PER RADIOTERAPIA, PORTATILE PER RADIOGRAFIA, PORTATILE PER RADIOSCOPIA
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F32C13000240003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER OSPEDALE DI BRANCA	ORTOPANTOMOGRAFO,TELECOMANDATO, ECOGRAFO, PORTATILE PER RADIOGRAFIA, PORTATILE PER RADIOSCOPIA
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F82C16002680003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER OSPEDALE DI UMBERTIDE	ECOGRAFO MULTIDISCIPLINARE
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F62C16001690003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER OSPEDALE CASTIGLIONE DEL LAGO	ECOGRAFO MULTIDISCIPLINARE
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F72C16001240003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER OSPEDALE DI ASSISI	
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F82C16002690003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER PASSIGNANO	ECOGRAFO
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F42C13000260003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER OSPEDALE MVT	N. 2 ECOTOMOGRAFI, POLIFUNZIONALE
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F92C16001260003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE ED ARREDI PER RSA SEPPILLI	
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 2	F63D17000330003	ACQUISIZIONE BENI INFORMATICI	
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 1	F92C16001230003	ACQUISTO APPARECCHIATURE, ATTREZZATURE PER STRUTTURA TERRITORIALE POLIAMBULATORIO EUROPA IN PERUGIA	POLIFUNZIONALE PER RADIOLOGIA
AZIENDA U.S.L. UMBRIA N. 2	F47B19000030003	ADEGUAMENTO TECNOLOGICO: TECNOLOGIA PER AMBULATORI SPECIALISTICI TERRITORIALI (OCULISTICA, OTORINOLARINGOIATRIA, CARDIOLOGIA, ODONTOIATRIA, NEUROLOGIA)	N.2 TOMOGRAFI A COERENZA OTTICA

segue Allegato N

**INTERVENTI DI ACQUISTO DI GRANDI APPARECCHIATURE A VALERE
SUL NUOVO ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL SETTORE DEGLI
INVESTIMENTI IN SANITÀ EX ART. 20, L. N. 67/1988 (DA SOTTOSCRIVERE).**

Azienda U.S.L. Umbria n. 1

- n. 3 Mammografi digitali completi di tomosintesi
- n. 1 TC
- n. 2 Sistemi radiologici fissi
- n. 1 Telecomandato
- n. 2 Ortopantomografi
- n. 5 Portatili per radioscopia
- n. 1 Portatile per radiografia
- n. 1 Diagnostica radiologica polifunzionale
- n. 1 Ecografo ginecologico
- n. 1 Risonanza Magnetica
- n. 2 Ecotomografi multidisciplinari
- n. 2 Diagnostiche radiologiche digitali
- n. 1 Ecoendoscopio
- n. 2 Ecotomografi cardiologici
- n. 7 Ecografi portatili

Azienda U.S.L. Umbria n. 2

- n. 1 TC

Azienda Ospedaliera di Perugia

- n. 1 Acceleratore lineare
- n. 1 Sistema digitale diretto polifunzionale
- n. 6 Ecotomografi
- n. 1 Risonanza Magnetica
- n. 1 TAC

PERCENTUALE PRESTAZIONI CLASSE A EROGATE NEI TEMPI

Azienda	Prestazione	Intervento	Diagnosi	Prestazioni totali	Prestazioni Priorità A (30 gg)	Prestazioni Classe A erogate nei tempi previsti	Percentuale Prestazioni Classe A erogate nei tempi su totale Prestazioni Classe A	
				2024	2024	2024	2024	
201 Azienda USL Umbria1	01 Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Proc. ICD-9-CM: 85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	Diag. ICD-9-CM: 174.x; 198.81; 233.0	196	194	34	17,53%	
	02 Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Proc. ICD-9-CM: 60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	Diag. ICD-9-CM: 185; 198.82	29	15	4	26,67%	
	03 Interventi chirurgici tumore maligno Colon	Proc. ICD-9-CM: 45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	Diag. ICD-9-CM: 153.x; 197.5	32	31	29	93,55%	
	04 Interventi chirurgici tumore maligno Retto	Proc. ICD-9-CM: 48.49; 48.5; 48.6x	Diag. ICD-9-CM: 154.x; 197.5	5	5	2	40,00%	
	05 Interventi chirurgici tumore maligno Utero	Proc. ICD-9-CM: da 68.3x a 68.9	Diag. ICD-9-CM: 179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82	12	8	7	87,50%	
	07 Interventi chirurgici tumore maligno Tiroide	Proc. ICD-9-CM: 06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	Diag. ICD-9-CM: 193	18	16	13	81,25%	
	09 Angioplastica coronarica (PTCA)	Proc. ICD-9-CM: 00.66; 36.06; 36.07		1	0	0	-	
	11 Intervento protesi d'anca	Proc. ICD-9-CM: 00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53		347	85	61	71,76%	
	13 Colectomia laparoscopica	Proc. ICD-9-CM: 51.23	Diag. ICD-9-CM: 574.x; 575.x	319	98	56	57,14%	
	14 Coronarografia	Proc. ICD-9-CM: 88.55 - 88.56 - 88.57		5	1	1	100,00%	
	15 Biopsia percutanea del fegato	Proc. ICD-9-CM: 50.11		4	4	4	100,00%	
	16 Emorroidectomia	Proc. ICD-9-CM: 49.46 - 49.49		69	15	2	13,33%	
	17 Riparazione ernia inguinale	Proc. ICD-9-CM: 53.0x - 53.1x		161	35	16	45,71%	
	Totale Azienda				1198	507	229	45,17%

202 Azienda USL Umbria2	01 Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Proc. ICD-9-CM: 85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	Diag. ICD-9-CM: 174.x; 198.81; 233.0	148	148	122	82,43%	
	02 Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Proc. ICD-9-CM: 60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	Diag. ICD-9-CM: 185; 198.82	55	37	9	24,32%	
	03 Interventi chirurgici tumore maligno Colon	Proc. ICD-9-CM: 45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	Diag. ICD-9-CM: 153.x; 197.5	53	50	41	82,00%	
	04 Interventi chirurgici tumore maligno Retto	Proc. ICD-9-CM: 48.49; 48.5; 48.6x	Diag. ICD-9-CM: 154.x; 197.5	14	14	9	64,29%	
	05 Interventi chirurgici tumore maligno Utero	Proc. ICD-9-CM: da 68.3x a 68.9	Diag. ICD-9-CM: 179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82	35	33	26	78,79%	
	07 Interventi chirurgici tumore maligno Tiroide	Proc. ICD-9-CM: 06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	Diag. ICD-9-CM: 193	13	9	4	44,44%	
	09 Angioplastica coronarica (PTCA)	Proc. ICD-9-CM: 00.66; 36.06; 36.07		42	41	41	100,00%	
	10 Endoarteriectomia carotidea	Proc. ICD-9-CM: 38.12		18	15	5	33,33%	
	11 Intervento protesi d'anca	Proc. ICD-9-CM: 00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53		202	72	18	25,00%	
	12 Interventi chirurgici tumore del Polmone	Proc. ICD-9-CM: 32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	Diag. ICD-9-CM: 162.x; 197.0	20	20	15	75,00%	
	13 Colectomia laparoscopica	Proc. ICD-9-CM: 51.23	Diag. ICD-9-CM: 574.x; 575.x	208	70	34	48,57%	
	14 Coronarografia	Proc. ICD-9-CM: 88.55 - 88.56 - 88.57		115	114	114	100,00%	
	16 Emorroidectomia	Proc. ICD-9-CM: 49.46 - 49.49		64	5	2	40,00%	
	17 Riparazione ernia inguinale	Proc. ICD-9-CM: 53.0x - 53.1x		197	26	11	42,31%	
	Totale Azienda				1184	654	451	68,96%
	901 Azienda Ospedaliera Perugia	Prestazione	Intervento	Diagnosi				

	17 Riparazione ernia inguinale	Proc. ICD-9-CM: 53.0x - 53.1x							
						34	14	8	57,14%
						1304	1005	457	45,47%
	Totale Azienda								
902 Azienda Ospedaliera Terni	Prestazione	Intervento	Diagnosi						
	01 Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Proc. ICD-9-CM: 85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	Diag. ICD-9-CM: 174.x; 198.81; 233.0			35	35	32	91,43%
	02 Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Proc. ICD-9-CM: 60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	Diag. ICD-9-CM: 185; 198.82			44	44	8	18,18%
	03 Interventi chirurgici tumore maligno Colon	Proc. ICD-9-CM: 45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	Diag. ICD-9-CM: 153.x; 197.5			37	37	27	72,97%
	04 Interventi chirurgici tumore maligno Retto	Proc. ICD-9-CM: 48.49; 48.5; 48.6x	Diag. ICD-9-CM: 154.x; 197.5			20	20	8	40,00%
	05 Interventi chirurgici tumore maligno Utero	Proc. ICD-9-CM: da 68.3x a 68.9	Diag. ICD-9-CM: 179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82			11	11	10	90,91%
	06 Interventi chirurgici Melanoma	Proc. ICD-9-CM: 86.4	Diag. ICD-9-CM: 172.x			5	5	3	60,00%
	07 Interventi chirurgici tumore maligno Tiroide	Proc. ICD-9-CM: 06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	Diag. ICD-9-CM: 193			38	29	11	37,93%
	08 By pass aortocoronarico	Proc. ICD-9-CM: 36.1x				29	29	26	89,66%
	09 Angioplastica coronarica (PTCA)	Proc. ICD-9-CM: 00.66; 36.06; 36.07				140	140	89	63,57%
	10 Endoarteriectomia carotidea	Proc. ICD-9-CM: 38.12				36	18	9	50,00%
	11 Intervento protesisi d'anca	Proc. ICD-9-CM: 00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53				36	35	29	82,86%
	12 Interventi chirurgici tumore del Polmone	Proc. ICD-9-CM: 32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	Diag. ICD-9-CM: 162.x; 197.0			34	34	26	76,47%
	13 Colectomia laparoscopica	Proc. ICD-9-CM: 51.23	Diag. ICD-9-CM: 574.x; 575.x			118	68	20	29,41%
	14 Coronarografia	Proc. ICD-9-CM: 88.55 - 88.56 - 88.57				434	434	268	61,75%

	01 Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	Proc. ICD-9-CM: 85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	Diag. ICD-9-CM: 174.x; 198.81; 233.0			197	192	23	11,98%
	02 Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	Proc. ICD-9-CM: 60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	Diag. ICD-9-CM: 185; 198.82			62	58	5	8,62%
	03 Interventi chirurgici tumore maligno Colon	Proc. ICD-9-CM: 45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	Diag. ICD-9-CM: 153.x; 197.5			53	52	50	96,15%
	04 Interventi chirurgici tumore maligno Retto	Proc. ICD-9-CM: 48.49; 48.5; 48.6x	Diag. ICD-9-CM: 154.x; 197.5			24	22	20	90,91%
	05 Interventi chirurgici tumore maligno Utero	Proc. ICD-9-CM: da 68.3x a 68.9	Diag. ICD-9-CM: 179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82			10	8	8	100,00%
	06 Interventi chirurgici Melanoma	Proc. ICD-9-CM: 86.4	Diag. ICD-9-CM: 172.x			4	3	2	66,67%
	07 Interventi chirurgici tumore maligno Tiroide	Proc. ICD-9-CM: 06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	Diag. ICD-9-CM: 193			32	14	13	92,86%
	08 By pass aortocoronarico	Proc. ICD-9-CM: 36.1x				54	35	29	82,86%
	09 Angioplastica coronarica (PTCA)	Proc. ICD-9-CM: 00.66; 36.06; 36.07				127	110	36	32,73%
	10 Endoarteriectomia carotidea	Proc. ICD-9-CM: 38.12				75	37	37	100,00%
	11 Intervento protesisi d'anca	Proc. ICD-9-CM: 00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53				53	12	12	100,00%
	12 Interventi chirurgici tumore del Polmone	Proc. ICD-9-CM: 32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	Diag. ICD-9-CM: 162.x; 197.0			90	73	72	98,63%
	13 Colectomia laparoscopica	Proc. ICD-9-CM: 51.23	Diag. ICD-9-CM: 574.x; 575.x			59	15	14	93,33%
	14 Coronarografia	Proc. ICD-9-CM: 88.55 - 88.56 - 88.57				415	348	116	33,33%
	15 Biopsia percutanea del fegato	Proc. ICD-9-CM: 50.11				10	10	10	100,00%
	16 Emorroidectomia	Proc. ICD-9-CM: 49.46 - 49.49				5	2	2	100,00%

	15 Biopsia percutanea del fegato	Proc. ICD-9-CM: 50.11				22	21	20	95,24%	
	16 Emorroidectomia	Proc. ICD-9-CM: 49.46 - 49.49				26	14	2	14,29%	
	17 Riparazione ernia inguinale	Proc. ICD-9-CM: 53.0x - 53.1x				68	33	16	48,48%	
						Totale Azienda	1133	1007	604	59,98%
						Totale	4819	3173	1741	54,87%

CONSISTENZA LISTE OPERATORIE ALLA DATA DEL 30.9.2024

Azienda Ospedaliera di Perugia

Struttura	Regime	CLASSE D OGG	CLASSE D SOGG	CLASSE E OGG	CLASSE E SOGG	Totale
SSD CHIRURGIA DEI TESSUTI MOLLI E DELLA NARINELLA	Day Surgery	0	5	1	1	7
	Ordinario	91	20	17	4	132
	Week Surgery	0	9	4	0	13
	Totale	91	34	22	5	152
CARDIOCHIRURGIA	Ambulatoriale	0	2	0	0	2
	Ordinario	7	15	1	0	23
	Totale	7	17	1	0	25
SSD CHIRURGIA DEI TESSUTI MOLLI	Day Surgery	11	50	17	5	83
	Ordinario	6	4	5	0	15
	Week Surgery	1	14	6	2	23
	Totale	18	68	28	7	121
CHIRURGIA DELL' APPARATO DIGERENTE	Ambulatoriale	0	5	4	1	10
	Day Surgery	3	56	29	0	88
	Ordinario	19	19	12	1	51
	Week Surgery	2	26	11	2	41
	Totale	24	106	56	4	190
CHIRURGIA GENERALE	Day Surgery	3	60	6	0	69
	Ordinario	17	38	24	0	79
	Week Surgery	10	76	11	0	97
	Totale	30	174	41	0	245
CHIRURGIA MAXILLO - FACIALE	Ambulatoriale	0	1	8	76	85
	Day Surgery	0	1	25	0	26
	Ordinario	5	6	21	13	45
	Totale	5	8	54	89	156
CHIRURGIA PEDIATRICA	Day Surgery	14	51	140	54	259
	Ordinario	14	58	97	33	202
	Totale	28	109	237	87	461
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Day Surgery	2	2	0	0	4
	Week Surgery	0	0	4	0	4
	Totale	2	2	4	0	8
CHIRURGIA TORACICA	Ordinario	5	4	17	16	42
	Totale	5	4	17	16	42
CHIRURGIA VASCOLARE	Day Surgery	0	0	0	2	2
	Ordinario	9	95	12	5	119
	Totale	9	95	12	7	121
CLINICA DERMATOLOGICA	Day Surgery	13	0	0	1	14
	Totale	13	0	0	1	14
CLINICA OCULISTICA	Ambulatoriale	26	70	80	317	493
	Day Surgery	8	28	130	684	863
	Ordinario	1	1	2	4	8
	Totale	35	99	212	1.015	1.362
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	Day Surgery	5	25	3	0	33
	Ordinario	9	10	1	0	20
	Totale	14	35	4	0	53
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	Ambulatoriale	2	2	8	9	11
	Day Surgery	8	36	69	37	150
	Ordinario	18	62	215	85	380
	Totale	28	100	292	131	451
CLINICA UROLOGICA	Ambulatoriale	0	0	0	1	1
	Day Surgery	40	42	25	1	108
	Ordinario	129	202	26	1	358
	Totale	169	244	51	3	467
CARDIOLOGIA - ELETTROFISIOLOGIA	Ambulatoriale	8	10	8	1	27
	Day Surgery	50	47	26	2	125
	Ordinario	14	120	8	0	142
Totale	72	177	32	3	284	
CARDIOLOGIA - EMODINAMICA	Day Surgery	2	2	2	0	6
	Ordinario	6	7	8	0	21
Totale	8	9	10	0	27	
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO	Ordinario	1	0	0	0	1
	Totale	1	0	0	0	1
NEUROCHIRURGIA	Ambulatoriale	0	0	2	3	5
	Ordinario	12	54	53	40	159
	Totale	12	54	55	43	164
NEURORADIOLOGIA	Day Surgery	10	47	7	0	64
	Ordinario	0	3	1	0	4
	Week Surgery	2	3	0	0	5
	Totale	12	53	8	0	73
ORTOPEDIA	Ambulatoriale	0	18	28	1	47
	Day Surgery	0	7	94	0	101
	Ordinario	3	123	423	86	635
	Totale	3	148	445	87	723
OSTETRICA E GINECOLOGIA	Ambulatoriale	0	1	0	0	1
	Day Surgery	30	61	87	20	198
	Ordinario	13	14	22	6	55
	Totale	43	76	109	26	254
PNEUMOLOGIA	Day Surgery	5	0	0	0	5
	Ordinario	1	0	0	0	1
	Week Surgery	1	1	0	0	2
	Totale	7	1	0	0	8
Totale ADPC		648	2.618	2.731	1.480	5.487

Azienda Ospedaliera di Terni

Reparto	Regime	CLASSE A (00-03)	CLASSE B (04-05)	CLASSE C (06-08)	CLASSE D (09-00)	Totale
CARDIOCHIRURGIA	Ordinato	13		1		14
CARDIOCHIRURGIA Totale		13	0	1	0	14
CHIRURGIA ANDRO-URO-GINECOLOGICA	Day Surgery	2	33	6	2	43
CHIRURGIA ANDRO-URO-GINECOLOGICA	Ordinato	63	462	25	1	551
CHIRURGIA ANDRO-URO-GINECOLOGICA Totale		65	495	31	3	594
CHIRURGIA DELL'AMBRCELLA	Day Surgery	2	4	1		7
CHIRURGIA DELL'AMBRCELLA Totale		2	4	1	0	7
CHIRURGIA DELL'AMMO E MICROCHIRURGIA	Ambulatoriale	2	142	253	87	504
CHIRURGIA DELL'AMMO E MICROCHIRURGIA	Day Surgery	7	167	158	27	359
CHIRURGIA DELL'AMMO E MICROCHIRURGIA	Ordinato			1		1
CHIRURGIA DELL'AMMO E MICROCHIRURGIA Totale		9	309	422	124	864
CHIRURGIA DELLA TIROIDE E PARATIROIDE	Day Surgery		1			1
CHIRURGIA DELLA TIROIDE E PARATIROIDE	Ordinato	31	33	1		65
CHIRURGIA DELLA TIROIDE E PARATIROIDE Totale		31	34	1	0	66
CHIRURGIA DI ESTESA UNITA' DEL FEGATO	Ambulatoriale	4	21	17	1	43
CHIRURGIA DI ESTESA UNITA' DEL FEGATO	Day Surgery	23	112	79	3	217
CHIRURGIA DI ESTESA UNITA' DEL FEGATO	Ordinato	130	125	95	2	352
CHIRURGIA DI ESTESA UNITA' DEL FEGATO Totale		157	258	191	6	512
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALITA' CHIRURGICHE	Ambulatoriale		3			3
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALITA' CHIRURGICHE	Day Surgery		3	1		4
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALITA' CHIRURGICHE	Ordinato		2			2
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALITA' CHIRURGICHE Totale		0	8	1	0	9
CHIRURGIA MANDIBOLAR FACIALE	Ambulatoriale	6	4	5	16	31
CHIRURGIA MANDIBOLAR FACIALE	Day Surgery	3	2	6	16	27
CHIRURGIA MANDIBOLAR FACIALE	Ordinato	4	6	30	44	84
CHIRURGIA MANDIBOLAR FACIALE Totale		13	12	41	66	132
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE A CICLO BREVE	Ambulatoriale	15	124	25	1	215
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE A CICLO BREVE	Day Surgery	63	324	167	2	516
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE A CICLO BREVE	Ordinato	23	26	18	1	68
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE A CICLO BREVE Totale		121	474	204	5	804
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Ambulatoriale	4	9	9	5	27
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	Ordinato	6	4	4	14	28
CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA Totale		10	13	13	19	55
CHIRURGIA TORACICA	Ordinato	15	5	4	1	25
CHIRURGIA TORACICA Totale		15	5	4	1	25
CHIRURGIA VASCOLARE	Day Surgery	7	12	5	8	32
CHIRURGIA VASCOLARE	Ordinato	29	25	15	5	74
CHIRURGIA VASCOLARE Totale		36	37	20	13	106
CLINICA DERMATOLOGICA	Day Surgery	29	69	22		120
CLINICA DERMATOLOGICA Totale		29	69	22	0	120
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA E PATOLOGIA CERVICO-FACCIALE	Ambulatoriale	25	9	3		37
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA E PATOLOGIA CERVICO-FACCIALE	Day Surgery	162	116	195	17	420
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA E PATOLOGIA CERVICO-FACCIALE	Ordinato	94	152	81	36	363
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA E PATOLOGIA CERVICO-FACCIALE Totale		281	337	289	53	860
COLONPROCTOLOGIA	Ambulatoriale	43	5	2		50
COLONPROCTOLOGIA	Day Surgery	504	160	12		676
COLONPROCTOLOGIA	Ordinato	213	37	6		256
COLONPROCTOLOGIA Totale		760	162	20	0	942
EPATO-GASTROENTEROLOGIA	Ordinato	19	18	23	2	62
EPATO-GASTROENTEROLOGIA Totale		19	18	23	2	62
NEFROLOGIA DIALISI	Ordinato	2	2	2		6
NEFROLOGIA DIALISI Totale		2	2	2	0	6
NEUROCHIRURGIA	Ambulatoriale				1	1
NEUROCHIRURGIA	Day Surgery	9	8			17
NEUROCHIRURGIA	Ordinato	26	42	4		72
NEUROCHIRURGIA Totale		35	50	4	1	80
OCULISTICA	Ambulatoriale	75	1.828	1.114	168	3.185
OCULISTICA	Day Surgery	18	2	2		22
OCULISTICA	Ordinato	1	58	30	1	90
OCULISTICA Totale		94	1.988	1.146	169	3.297
DIAGNOSTICA	Ambulatoriale	3				3
DIAGNOSTICA Totale		3	0	0	0	3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Ambulatoriale	19	8			27
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Day Surgery	20	58	10	4	102
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Ordinato	29	65	13	2	109
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Totale		68	131	23	6	228
OSTETRICIA GINECOLOGIA	Day Surgery	107	167	15	1	290
OSTETRICIA GINECOLOGIA	Ordinato	69	20	4	1	94
OSTETRICIA GINECOLOGIA Totale		176	187	19	2	384
S.S. DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	Ambulatoriale	1	26			27
S.S. DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	Day Surgery	4	40	9		53
S.S. DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	Ordinato	1	4	2		7
S.S. DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA Totale		6	70	11	0	87
UROLOGIA	Ambulatoriale	13	11	4	1	30
UROLOGIA	Day Surgery	27	46	7	1	81
UROLOGIA	Ordinato	143	232	15		390
UROLOGIA Totale		183	289	26	2	500
Totale AO/OTR		2.116	4.761	2.461	470	9.708

Azienda USL Umbria 1

Ospedale - Regime	Priorità A	Priorità B	Priorità C	Priorità D	Totale
ASSISI	23	74	143	38	278
Day Surgery	16	32	90	25	163
Ordinario	7	42	53	13	115
CASTIGLIONE DEL LAGO	6	144	56	7	213
Day Surgery	3	61	33	5	102
Ordinario	3	83	23	2	111
MEDIA VALLE DEL TEVERE	297	399	79	107	882
Day Surgery	205	289	70	21	585
Ordinario	92	110	9	86	297
CITTÀ DI CASTELLO	478	664	122	15	1.279
Day Surgery	213	416	78	10	717
Ordinario	265	248	44	5	562
UMBERTIDE	21	56	39	33	149
Day Surgery	20	27	16	29	92
Ordinario	1	29	23	4	57
GUBBIO - GUALDO TADINO	239	880	425	79	1.623
Day Surgery	145	600	215	55	1.015
Ordinario	94	280	210	24	608
Totale USL Umbria1	1064	2.217	864	279	4.424

Azienda USL Umbria 2

Ospedale	Priorità Reparto intervento	A - ENTRO 30S	B - ENTRO 60S	C - ENTRO 180G	D - ENTRO 365G	Totale
		OSPEDALE DI AVELIA	24	181	68	8
	U.O. DERMATOLOGIA (AMELIA)	8	17	36	8	69
	U.O. OCULISTICA (AMELIA)	16	14	32		62
OSPEDALE DI FOLIGNO	Total	626	1.426	1.889	784	4.724
	U.O. CHIRURGIA GENERALE (FO)	63	355	616	177	1.209
	U.O. CHIRURGIA AMBULATORIALE (FO)	1	2			3
	U.O. CHIRURGIA PLASTICA (FO)	1				1
	U.O. CHIRURGIA IPNCOLOGICA (FO)	19	45	41	1	106
	U.O. GASTROENTEROLOGIA (FO)	5	19	1		25
	U.O. GINECOLOGIA (FO)	7	78	67	1	153
	U.O. OCULISTICA (FO)	28	25	128	122	303
	U.O. ODONTOSTOMATOLOGIA (FO)	2	2	1		5
	U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (FO)	60	179	20		259
	U.O. OSTETRICIA (FO)	6	2			8
	U.O. OTORINOLARINGOIATRIA (FO)	80	230	132	154	596
	U.O. TORACICA S.S.D.	4	4			8
	U.O. UROLOGIA (FO)	340	430	358	203	1.361
	U.O. VASCOLARE (FO/SP)	14	48	25	126	213
OSPEDALE DI NARNI	Total	14	89	184	8	296
	U.O. CHIRURGIA GENERALE (NARNI)	2	15	50	1	78
	U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (NARNI)	6	32	114	7	159
	U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA (NARNI)	6	39	10		55
OSPEDALE DI ORVIETO	Total	129	267	536	34	966
	AMB. DERMATOLOGIA (ORV)	1	1	1		3
	U.O. CARDIOLOGIA (ORV)	14	2			16
	U.O. CHIRURGIA GENERALE (ORV)	5	76	45	5	131
	U.O. CHIRURGIA PEDIATRICA (ORV)			6		6
	U.O. OCULISTICA (ORV)	21	152	461	25	669
	U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (ORV)	51	25	19	4	99
	U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA (ORV)	51	3			54
	U.O. UROLOGIA (ORV)		8	4		12
OSPEDALE DI SPOLETO	Total	164	407	922	108	1.601
	U.O. CHIRURGIA GENERALE (SP)	29	161	112	39	341
	U.O. CHIRURGIA PLASTICA (SP)	3				3
	U.O. CHIRURGIA TESTA-COLLO (SP)	4	1	1		6
	U.O. OCULISTICA (SP)		10	159	61	230
	U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (SP)	55	104	23	7	289
	U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA (SP)	56	47	27		130
	U.O. UROLOGIA (SP)	17	4		1	22
Total		951	2.310	2.499	342	6.702

ELENCO STRUTTURE ACCREDITATE

Azienda USL UMBRIA 1

ELENCO STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE ACCREDITATE ANNO 2022 - 2023 - 2024 - ART. 7 RR. 10/2018 E S.M.I.				
STRUTTURA	COMUNE	PROVVEDIMENTO CONCLUSIVO	TIPOLOGIA	
1 FABOR SOC. COOP. SRL	TERNI	D.D. 8140 del 09/09/2022	STRUTTURA PSICHIATRICA	
2 DECI CARE S.R.L.	FOLIGNO (PG)	D.D. 8141 del 09/09/2022	SERVIZI AMBULATORIALI	
3 LA TENDA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE (ARCADIA)	SPELLO (PG)	D.D. 8619 del 26/09/2023 - D.D. 10007 del 26/09/2023	STRUTTURA PER MINORI	
4 OFH - OPPORTUNITIES FOR HEALTH SRL - VILLA MORONI	MONTICASTELLI (TR)	D.D. 8645 del 26/09/2023 - D.D. 8465 del 03/09/2023	STRUTTURA PER MINORI	
5 IL RESIDENZIALE S.R.L.	SAN GIUSTINO (PG)	D.D. 13001 del 10/10/2022 - D.D. 4201 del 20/04/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
6 BIOSANA S.R.L.	TERNI	D.D. 16056 del 14/10/2022 - D.D. 4300 del 20/04/2023	SERVIZI AMBULATORIALI	
7 SERVIZI SANITARI SRL	TERNI	D.D. 19007 del 14/10/2022 - D.D. 10910 del 26/10/2022	SERVIZI AMBULATORIALI	
8 LA SOCIETA' SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE E CO	BASTIA UMBRA (PG)	D.D. 11003 del 20/11/2022 - D.D. 12054 del 27/11/2023	STRUTTURA PER MINORI	
9 COMUNITA' INCONTRO ONLUS	AMELIA (TR)	D.D. 11525 del 10/11/2022	STRUTTURA PER PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA	
10 LA TENDA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - SAN MARTINO	SPELLO (PG)	D.D. 12070 del 30/11/2022 - D.D. 782 del 24/01/2024	STRUTTURA PER PERSONE CON DIPENDENZA PATOLOGICA	
11 FIBIOGAMA SNC	PERUGIA	D.D. 12071 del 30/11/2022 - D.D. 4299 del 20/04/2023	SERVIZI AMBULATORIALI	
12 CENTRO DIAGNOSTICO TRASMIENO SRL	CASTIGLIONE DEL LAGO (PG)	D.D. 12072 del 30/11/2022 - D.D. 4297 del 20/04/2023 - D.D. 12055 del 06/10/2022	LABORATORIO ANALISI	
13 SPAZIO FAMIGLIA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	AMELIA (TR)	D.D. 3484 del 29/03/2023	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO DIURNO PER DISABILI	
14 COMUNITA' CAPOLOGO DELL'UMBRIA	PERUGIA	D.D. 3485 del 29/03/2023	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE	
15 CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL	PERUGIA	D.D. 3563 del 12/04/2023	AREA OSPEDALIERA MEDICA, CHIRURGICA E RIBABILITATIVA, SERVIZI AMBULATORIALI, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
16 CASA DI CURA LIOTTI SPA	CORCHIANO (PG)	D.D. 4108 del 19/04/2023 - D.D. 3077 del 19/03/2024	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E SERVIZI AMBULATORIALI	
17 IL QUADRIFOGLIO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	ORVIETIO (TR)	D.D. 4282 del 20/04/2023 - D.D. 4728 del 04/05/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
18 VILLA BALMITA SRL	NOCCERA UMBRA (PG)	D.D. 4288 del 20/04/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
19 CENTRO MEDICO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	FOLIGNO (PG)	D.D. 4291 del 20/04/2023	SERVIZI AMBULATORIALI E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
20 CLINILAB SRL	PERUGIA	D.D. 4300 del 20/04/2023	LABORATORIO ANALISI, SERVIZI AMBULATORIALI E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
21 IL QUADRIFOGLIO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	FOLIGNO (PG)	D.D. 4301 del 20/04/2023	STRUTTURA RESIDENZIALE PER MALATI PSICHIATRICI	
22 ISTITUTO CLINICO PORTA SOLE CASA DI CURA SRL	PERUGIA	D.D. 4351 del 09/05/2023	AREA OSPEDALIERA MEDICA, CHIRURGICA E RIBABILITATIVA, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, SERVIZI AMBULATORIALI E LABORATORIO ANALISI	
23 VILLA FLAMINIA SRL	TERNI	D.D. 5171 del 15/05/2023 - D.D. 12830 del 30/11/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
24 CONFESSIONE SUORE ANCELLE AMORE	MISERICORDIOSO			
25 MISERICORDIOSO	FRATTA TODINA (PG)	D.D. 5382 del 19/05/2023 - D.D. 764 del 24/01/2024	CENTRO RIBABILITATIVO PER DISABILI (GRAVI)	
26 IL QUADRIFOGLIO SOCIETA' COOP. SOCIALE - L'AIROINE	TODI (PG)	D.D. 5478 del 20/05/2023	STRUTTURA RESIDENZIALE PER MALATI PSICHIATRICI	
27 SANITER SRL	TERNI	D.D. 5474 del 20/05/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
28 ISTITUTI NUMITI DI BENEFICENZA G BALDUCCI	UMBERTIDE (PG)	D.D. 5547 del 23/05/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
29 IL MONASTERO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	COLLAZIOLE (PG)	D.D. 5548 del 23/05/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
30 CASA DI RIPOSO MADRE COLIMARA SRL	PERUGIA	D.D. 5549 del 23/05/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
31 ISTITUTO SUORE SERVE MARIA RIPARATRICE - RP SAN GIOVANNI BOSCO	CASTEL VISCARDO (TR)	D.D. 5556 del 24/05/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
32 DINAMICA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - RP CARLO LINICI	TREVI (PG)	D.D. 5571 del 26/05/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
33 IL CERCHIO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	SPOLETO (PG)	D.D. 5781 del 26/05/2023 - D.D. 6936 del 26/05/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO DIURNO PER DISABILI, CENTRO DIURNO AUTISMO, CENTRO DIURNO ANZIANI	
34 CASA DI CURA VILLA EUROPA SRL	FOLIGNO (PG)	D.D. 5783 del 26/05/2023 - D.D. 3003 del 19/03/2024	AREA OSPEDALIERA MEDICA, SERVIZI AMBULATORIALI, DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
35 CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA	FICULLE (TR)	D.D. 5784 del 26/05/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
36 CASA SERENA DI PSICHOLOGIA - CONFRATERNITA DELLA MISERICORDIA DI FOLIGNO	FOLIGNO (PG)	D.D. 5875 del 31/05/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
37 OPERA PIA BARTOLOMEI CASTON	FOLIGNO (PG)	D.D. 5932 del 01/06/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
38 ISTITUTO BEATO PADRE LUDOVICO DA CASORIA	ASCIOLI (PG)	D.D. 5933 del 01/06/2023	CENTRO RIBABILITATIVO PER RESIDENZIALE PER DISABILI	
39 ISTITUTO SERRAFIO PER SORDOMUTI E CIECHI	ASCIOLI (PG)	D.D. 6196 del 09/06/2023	CENTRO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI	
40 NON CARE SRL	FOLIGNO (PG)	D.D. 6408 del 14/06/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
41 COMUNE DI BEVIGNA RP FABIO ALBERTI	BEVIGNA (PG)	D.D. 6503 del 22/06/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
42 BELLUS UMBRIA SOC. COOP. CONSORTE COOP. SOCIALE RP ANCHISE	PERUGIA	D.D. 6506 del 22/06/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
43 WELFARE SOC. COOP. SOCIALE GRANDE ALBERGO AMERINO	ACQUASPARTA (TR)	D.D. 6508 del 22/06/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
44 FONDAZIONE CREVISA BRUI BITTONI	CITTA' DELLA PIEVE (PG)	D.D. 7338 del 05/07/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
45 A.S.P. S. BALDASSINI ASP	GIULIANO TADINO (PG)	D.D. 7339 del 05/07/2023 - D.D. 6947 del 26/06/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, RESIDENZA SANITARIA AGGIUNTA, CENTRO DIURNO ALZHEIMER	
46 PERSONA	CITTA' DI CASTELLO (PG)	D.D. 7343 del 05/07/2023 - D.D. 7740 del 15/07/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI (GRAVI) (RDS 2)	
47 OPERA DON GIUSEPPE - CENTRO RIBABILITAZIONE SERENI	CITTA' DI CASTELLO (PG)	D.D. 7344 del 05/07/2023 - D.D. 3214 del 21/03/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
48 VILLA ROSALBA SRL	MONTICASTELLI (TR)	D.D. 7950 del 21/07/2023	STRUTTURA RESIDENZIALE PER MALATI PSICHIATRICI, RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
49 CASA DI RIPOSO MOSCA - AZ. PUBBLICA SERVIZI ALLA PERSONA	GIURGO (PG)	D.D. 8239 del 31/07/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
50 FRAGILEFORTE SOC.COOP.SOCIALE - CASA BENEDETTA	SIGILLIO (PG)	D.D. 8317 del 01/08/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
51 VALLE SERENA SRL	TERNI	D.D. 8337 del 01/08/2023 - D.D. 3143 del 20/03/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
52 CENTRO MEDICO SPOLETO SRL	SPOLETO (PG)	D.D. 8467 del 03/08/2023 - D.D. 3162 del 20/03/2024 - D.D. 11871 del 06/10/2024	SERVIZIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
53 BD SERVICE GSR RP CASA VERA	NARNI	D.D. 8468 del 03/08/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
54 VILLA SARBINA SRL	OTRICOLI (TR)	D.D. 8218 del 01/08/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
55 LAMONIA COOP. SOCIALE (EX AIRIDA)	TERNI	D.D. 8345 del 07/09/2023	COMUNITA' TERAPEUTICO RIBABILITATIVO DI TIPO 1 "TRATTI KOMUN"	
56 LA SPERANZA COOP. SOCIALE	TERNI	D.D. 8365 del 07/09/2023	UNITA' DI CONVIVENZA TERPEE - UNITA' DI CONVIVENZA IGLU - GRUPPO APPARTAMENTO DOM	
57 ISTITUTO DELLE SUORE DELLA SACRA FAMIGLIA - ISTITUTO NAZZARENO	SPOLETO (PG)	D.D. 8579 del 22/09/2023 - D.D. 5589 del 28/05/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
58 ISTITUTO DELLE SUORE DELLA SACRA FAMIGLIA - OPERA MONS. BONILI	TREVI (PG)	D.D. 10005 del 26/09/2023 - D.D. 5935 del 26/06/24	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO RESIDENZIALE E CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE	
59 FIBIOCAM SRL	CORCHIANO (PG)	D.D. 10006 del 26/09/2023	SERVIZI AMBULATORIALI	
60 SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE AGRICOLA "TERRE UMBRE" - "OFEN FARMS"	TERNI	D.D. 10008 del 26/09/2023 - D.D. 10736 del 06/10/2023	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO (AUTISMO)	
61 FONDAZIONE SCALOGLIO SAN MALTO	MAGIONE	D.D. 10030 del 01/10/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
62 PERUSIA SOC. COOP. CASA DELLA MISERICORDIA - "LA PIETRA SCARATA DAL COSTRUTTORE E DIVENTATA TESTATA D'ANGOLO"	PERUGIA	D.D. 10421 del 06/10/2023	CENTRO DIURNO PER DISABILI	
63 VILLA CECILIA SRL	PASSIGNANO SUL TRAGIMENO	D.D. 10422 del 06/10/2023	STRUTTURA RESIDENZIALE RIBABILITATIVA	
64 CARE VILLA DON PIETRO BONILLI	PERUGIA	D.D. 10423 del 06/10/2023	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO RESIDENZIALE	
65 ASIAD CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO "IL BUCANEVE"	PERUGIA	D.D. 10482 del 09/10/2023	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO DIURNO PER DISABILI	
66 A.S. I.T. TENNI	TERNI	D.D. 10501 del 11/10/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
67 POLIS COOP. SOCIALE - CENTRO LIBERO SPAZIO	TODI (PG)	D.D. 11093 del 24/10/2023	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO DIURNO PER DISABILI	
68 CASA VINCIANINA SRL - G. ANDREOLI	SAN VENANZO (TR)	D.D. 11097 del 24/10/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
69 IL QUADRIFOGLIO SOC. COOP. SOCIALE - CENTRO VERTUMNO	ORVIETIO (TR)	D.D. 11098 del 24/10/2023	SERVIZI AMBULATORIALI	
70 VILLA VITTORIA SRL	TERNI	D.D. 11101 del 24/10/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
71 IL QUADRIFOGLIO SOC. COOP. SOCIALE - SAMA TEA	ORVIETIO (TR)	D.D. 11103 del 24/10/2023	STRUTTURA PER MINORI	
72 LA TENDA COOPERATIVA SOCIALE (CAINO)	FOLIGNO (PG)	D.D. 11174 del 27/10/2023	CENTRO RIBABILITATIVO RESIDENZIALE E SEMI RESIDENZIALE PER LE DIPENDENZE	
73 ACTL SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE (ANDROMEDA)	TERNI	D.D. 11275 del 27/10/2023	CENTRO RESIDENZIALE PSICHIATRICO TERAPEUTICO RIBABILITATIVO	
74 LA FRATELLANITA' SOC. COOP.	BASTIA UMBRA (PG)	D.D. 12001 del 31/11/2023	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO DIURNO PER DISABILI	
75 FONTENUOVO FONDAZIONE ONLUS	PERUGIA	D.D. 12002 del 23/11/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI COMPRESIVA DEL NUCLEO ALZHEIMER	
76 NUOVA DIMENSIONE COOP. SOCIALE (NIDO D'ARGENTO)	DERUTA (PG)	D.D. 12003 del 23/11/2023	CENTRO DIURNO ANZIANI	
77 LA SOCIETA' COOP. SOCIALE	BASTIA UMBRA (PG)	D.D. 12004 del 23/11/2023	COMUNITA' TERAPEUTICO RIBABILITATIVA RESIDENZIALE	
78 NUOVA DIMENSIONE COOP. SOCIALE (CENTRO SAN GIUSEPPE)	PERUGIA	D.D. 12006 del 23/11/2023	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO DIURNO	
79 A.S.P. CASA DI RIPOSO ANDREA ROSSI	ASSISI (PG)	D.D. 12007 del 23/11/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
80 COMUNITA' DI PSICOLOGIA E LAVORO LAHVEN	ORVIETIO (TR)	D.D. 12714 del 29/11/2023	COMUNITA' TERAPEUTICO RIBABILITATIVA DI TIPO 2	
81 ISTITUTO SUORE SACRA FAMIGLIA (VILLA NAZARENINA)	CASTIGLIONE DEL LAGO (PG)	D.D. 12717 del 29/11/2023 - D.D. 13002 del 05/10/2023	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO RESIDENZIALE E CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO SEMIRESIDENZIALE (TEMPORANEO)	
82 MERIA SALUTE AL TOTTERE SRL	CITTA' DI CASTELLO (PG)	D.D. 12818 del 30/11/2023	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E SERVIZI AMBULATORIALI	
83 SANT'ANTONIO ABATE SOC. COOP. SOCIALE	CASTEL VISCARDO (TR)	D.D. 12814 del 30/11/2023	UNITA' DI CONVIVENZA PSICHIATRICA (DUE MODULI)	
84 ACTL SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	TERNI	D.D. 12829 del 30/11/2023	GRUPPO APPARTAMENTO ATHENA; COMUNITA' TERAPEUTICO RIBABILITATIVA DI TIPO 1 (GIRO); COMUNITA' TERAPEUTICO RIBABILITATIVA DI TIPO 1 (PESAGO); COMUNITA' TERAPEUTICO RIBABILITATIVA DI TIPO 2 (ORONE); UNITA' DI CONVIVENZA PSICHIATRICA (SOSTEGNO ALL'AUTONOMIA)	
85 NUOVA DIMENSIONE COOP. SOCIALE (LABORNETO)	GIURGO (PG)	D.D. 13021 del 30/11/2023	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO DIURNO	
86 CASA VINCIANINA SRL - G. ANDREOLI	SAN VENANZO (TR)	D.D. 13033 del 30/11/2023	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
87 ACTL SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - TOIANO	NARNI (TR)	D.D. 12877 del 01/12/2023	CENTRO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO DIURNO PER MINORI	
88 CAST ASSISI ONLUS (STRETURA)	SPOLETO (PG)	D.D. 12881 del 01/12/2023	COMUNITA' TERAPEUTICO RIBABILITATIVO PER DIPENDENZE; SERVIZIO SPECIALISTICO RESIDENZIALE PER PERSONE DIPENDENTI DA GRUPPO TERAPEUTICO RIBABILITATIVO RESIDENZIALE; SERVIZIO SPECIALISTICO RESIDENZIALE COMORBILITA' PSICHIATRICA	
89 CAST ASSISI ONLUS (MADONNA DI BIANCO)	SPOLETO (PG)	D.D. 12882 del 01/12/2023	SERVIZIO TERAPEUTICO RIBABILITATIVO RESIDENZIALE	
90 POLIS COOP. COOP. SOCIALE (VIA PENNA)	PERUGIA	D.D. 12883 del 01/12/2023	GRUPPO APPARTAMENTO PSICHIATRICO	
91 FONTENUOVO FONDAZIONE ONLUS CASA DI MARIA IMMACOLATA	MARZIGNANO	D.D. 13187 del 11/12/2023 - D.D. 9149 del 26/08/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
92 SALUS UMBRIA TERMI SRL RP COLLECOLLETTA	TERNI	D.D. 13188 del 11/12/2023 - D.D. 4581 del 28/05/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
93 CENTRO DI SOLIDARIETA' "ANGELO"	CITTA' DI CASTELLO (PG)	D.D. 13189 del 11/12/2023 - DD 3163 del 20/03/2024 - D.D. 7663 del 28/06/2024	SERVIZIO ACCOGLIENZA DIAGNOSTICA RESIDENZIALE E SERVIZIO ACCOGLIENZA DIAGNOSTICA SEMIRESIDENZIALE	
94 AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA "LETIZIA ANGELOTTI GELUO DEL VIKELO KORTER"	TODI (PG)	D.D. 13195 del 11/12/2023 - D.D. 9145 del 26/08/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
95 ONAI FURFANE SRLS	ACQUASPARTA (TR)	D.D. 13365 del 12/12/2023 - D.D. 9151 del 26/08/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
96 O.L.M.I. "OPERA ASSISTENZA MALATI IMPEDITI"	SPOLETO (PG)	D.D. 13375 del 12/12/2023 - D.D. 6586 del 28/06/2024	CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO RESIDENZIALE PER DISABILI E CENTRO SOCIO RIBABILITATIVO DIURNO PER DISABILI	
97 C.A.S.A.L.G.H.A. S.C.S. - DCA CITTA' GIARDINO	TERNI	D.D. 13376 del 12/12/2023 - D.D. 3164 del 20/03/2024	COMUNITA' TERAPEUTICA RIBABILITATIVA DI TIPO 2	
98 C.A.S.A.L.G.H.A. S.C.S. - DCA CITTA' GIARDINO	TERNI	D.D. 13377 del 12/12/2023 - D.D. 3164 del 20/03/2024	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE PSICHIATRICA	
99 RESIDENZA PROTETTA "OPERE RE DONNI"	PERUGIA	D.D. 13378 del 12/12/2023 - D.D. 9152 del 26/08/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
100 CONSORZIO SOCIALE COMARS SOC. COOP. - VILLANOVA	MARZIGNANO (PG)	D.D. 13374 del 22/12/2023 - D.D. 9150 del 26/08/2024	COMUNITA' TERAPEUTICA RIBABILITATIVA DI TIPO 2	
101 CPSS SOC. COOP. SOCIALE - COMUNITA' RAJO E SOTTOSOPRA	AMELIA (TR)	D.D. 07 del 03/01/2024	SERVIZIO TERAPEUTICO RIBABILITATIVO RESIDENZIALE PER DIPENDENZE PATOLOGICHE; SERVIZIO SEMIRESIDENZIALE PER DIPENDENZE PATOLOGICHE; CENTRO RIBABILITATIVO ED EDUCATIVO DIURNO PER MINORI (DISABILI)	
102 IL PELLICANO APS	PERUGIA	D.D. 14 del 04/01/2024	CENTRO DIURNO PER DIETURE ALIMENTARI	
103 POLIS COOP. COOP. SOCIALE - LE CASCHINE	PANICALE (PG)	D.D. 15 del 04/01/2024	COMUNITA' TERAPEUTICO RIBABILITATIVA DI TIPO 2	
104 CASA VINCIANINA SRL - CASA NATIVITA' DI MARIA	ORVIETIO (TR)	D.D. 18 del 04/01/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
105 ISTITUTO CLINICO REBERO SPA	PERUGIA	D.D. 19 del 04/01/2024	STRUTTURA RIBABILITATIVA RESIDENZIALE E STRUTTURA RIBABILITATIVA AMBULATORIALE	
106 A.S. A.S. SOC. COOP. SOCIALE - TORRE CERALDA	UMBERTIDE (PG)	D.D. 21 del 04/01/2024	COMUNITA' TERAPEUTICA RIBABILITATIVA DI TIPO 2	
107 VILLA ANNA SRL	AMELIA (TR)	D.D. 22 del 04/01/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	
108 ACTL SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - RESIDENZA GIOTTO	TERNI	D.D. 23 del 04/01/2024	COMUNITA' TERAPEUTICO RIBABILITATIVA DI TIPO 1 UNITA' DI CONVIVENZA PSICHIATRICA	
109 LANGSA UMBRIA ONLUS - LA SEMENTE	SPELLO (PG)	D.D. 24 del 04/01/2024	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO PER SOGGETTI AUTISTICI	

110	LA LOCOMOTIVA SOC COOP SOCIALE - IL MELOGRANO	FOLOGNO (PG)	D.D. 34 del 08/01/2024 - D.D. 9147 del 26/08/2024 - D.D. 9909 del 18/09/2024	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO ED EDUCATIVO RESIDENZIALE
111	FONDAZIONE "LA CITTA' DEL SOLE" FIORIPONTA	PERUGIA	D.D. 01 del 08/01/2024	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO
112	L'USURIBOLO SOC COOP SOCIALE	SPOLETO (PG)	D.D. 01 del 08/01/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI
113	COMEDICA SRL	TERNI	D.D. 05 del 09/01/2024	SERVIZIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
114	AFRICA MEDICENTER GROUP SRL	TERNI	D.D. 01 del 08/01/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE E SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
115	CENTRO MEDICO CAROLI SRL	GIUBBO (PG)	D.D. 01 del 08/01/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE E SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
116	FAMIGLIA NUOVA SOC COOP SOCIALE - MONTEBUONO E TULIPANI	MAGIONE (PG)	D.D. 03 del 08/01/2024	COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA RESIDENZIALE E PER DIPENDENZE PATOLOGICHE E SERVIZIO DI RIABILITAZIONE RESIDENZIALE HIV
117	CEPAT SRL	TERNI e ORVIETO	D.D. 010 del 10/01/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (DOMUS GRATE); SERVIZIO AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (DIAGNOSTICA MURRI); SERVIZIO AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ORVIETO DIAGNOSTICA)
118	CASI ABBISI ONLUS (SPELLO)	SPELLO (PG)	D.D. 785 del 24/01/2024 - D.D. 6591 del 28/08/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI LABORATORIO DI ANALISI
119	RESIDENZA ALZHEIMER "NON TI SCORDAR DI ME"	CASTELGIORGIO (TR)	D.D. 302 del 12/01/2024	RESIDENZA PROTETTA PER MALATI ALZHEIMER
120	SERVIZI E STRUTTURE TERZA ETA' SRL "VILLA CANALI"	TERNI	D.D. 720 del 23/01/2024 - D.D. 9153 del 26/08/2024	RESIDENZA PROTETTA E UNITA' DI CONVIVENZA PSICHIATRICA
121	COMUNITA' CAPOBARCO	PERUGIA	D.D. 750 del 24/01/2024	CENTRO DIURNO "LA COLLINA", CENTRO DIURNO "VIA CAPRETA", CENTRO DIURNO "VIA PETRARCA", COMUNITA' ALLOGGIO DISABILI "CASA MIA", FAMIGLIA COMUNITA' PER IL DOPO DI NOI "LA CASA DEL NIBBIO"
122	CENTRO DIAGNOSTICO ILLICIONI SRL	TERNI	D.D. 785 del 24/01/2024 - D.D. 6591 del 28/08/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI LABORATORIO DI ANALISI
123	LA RINASCITA SRL (RP VILLA SERENA)	AMELIA (TR)	D.D. 784 del 24/01/2024 - D.D. 9148 del 26/08/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
124	CASI ABBISI ONLUS (ASSISI)	ASSISI (PG)	D.D. 036 del 25/01/2024	SERVIZIO SPECIALISTICO RESIDENZIALE COMORBILITA' PSICHIATRICA SERVIZIO TERAPEUTICO RIABILITATIVO RESIDENZIALE
125	DOM DANTE RAVINI	PERUGIA	D.D. 027 del 25/01/2024	CASA ALLOGGIO PER PERSONE MALATE DI AIDS
126	FISIOMEDICA SRL S	GIANO DELL'UMBERIA (PG)	D.D. 1376 del 05/02/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
127	COMPAGNIA UMBRA DELLA SALUTE	PASSIGNANO SUL TRASIMENO (PG)	D.D. 1470 del 10/02/2024	UNITA' DI CONVIVENZA PSICHIATRICA
128	ASSOCIAZIONE PRO LUCIANO "CROCE VERDE" O.D.V.	LUGNANO IN TEVERINA (TR)	D.D. 1480 del 10/02/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
129	ELLELLE SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	FOLOGNO (PG)	D.D. 1481 del 10/02/2024	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE MINORI DISABILI "POLLICINO"; CENTRO SOCIO RIABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE MINORI DISABILI "POLLICINO"; CENTRO SOCIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE MINORI DISABILI "CASA DINA"; CENTRO SOCIO RIABILITATIVO SEMIRESIDENZIALE ADULTI DISABILI "I QUATTRO ELEMENTI"
130	CENTRO ATTIVITA' MOTORIE TRE SRL CAMS	ANCONA (TR) e TERNI	D.D. 0084 del 18/03/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
131	PERUGIA CHECK UP SRL	PERUGIA	D.D. 0088 del 18/03/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
132	GEOCHEM SRL	GIULIO MANDI	D.D. 0107 del 18/03/2024 - D.D. 4280 del 23/04/2024	LABORATORIO ANALISI
133	STUDIO KAIROS SRL	CORCHIANO (PG)	D.D. 0109 del 18/03/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
134	CENTRO MEDICO ALTOTEVERE SRL	CITTA' DI CASTELLO (PG)	D.D. 0135 del 20/03/2024	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E SERVIZI AMBULATORIALI
135	SPAZIO "AMBULA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE	AMIELI (TR)	D.D. 0137 del 20/03/2024	COMUNITA' ALLOGGIO RD E S
136	PUNTO DIALOGO SRL S	FOLOGNO (PG)	D.D. 0133 del 20/03/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
137	NUOVI ORIZZONTI SOC.COOP SOCIALE "PODERE LEPORICINO"	CASTIGLIONE DEL LAGO (PG)	D.D. 0410 del 27/03/2024	COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA DI TIPO 2
138	NUOVI ORIZZONTI SOC.COOP SOCIALE "NUOVA ALBA"	MAGIONE (PG)	D.D. 0428 del 27/03/2024	COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA DI TIPO 1 e UNITA' DI CONVIVENZA PSICHIATRICA
139	VILLA MARISA SRL (EX NUOVA VILLA MARIA LUISA SRL)	TERNI	D.D. 12028 del 23/11/2023 - D.D. 4754 del 10/05/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
140	CENTRO MEDICO FISIOLOGO SRL	POGGIO DI VIVIO (PG)	D.D. 0562 del 28/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
141	GALENO SRL	PERUGIA	D.D. 0583 del 28/05/2024	LABORATORIO ANALISI
142	CENTRO MEDICO UMBRO SRL	PANICALE (PG)	D.D. 0588 del 28/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
143	SWISSLAS DI RITA LOUISE BERCHTOLD	PERUGIA	D.D. 0588 del 28/05/2024	LABORATORIO ANALISI
144	FISIONATURAL CENTER SAS	PANICALE (PG)	D.D. 0706 del 28/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
145	FONDAZIONE AURUP - "FORABOSCO"	PERUGIA	D.D. 0707 del 28/05/2024	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO
146	CENTRO RIABILITAZIONE E ATTIVITA' MOTORIA FISIOCENTER	ORVIETO (TR)	D.D. 0708 del 28/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
147	ZENIT SRL	AMELIA (TR)	D.D. 0709 del 28/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
148	ERREMEDICA SNC	TERNI	D.D. 0710 del 28/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
149	CASA DI CURA LIOTTI SPA (EX L.A.R.I. SRL)	PERUGIA	D.D. 0711 del 28/05/2024	LABORATORIO ANALISI
150	FLEXORLAB SRL	PERUGIA	D.D. 0712 del 28/05/2024 - D.D. 10993 del 18/10/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
151	GENERA UMBRIA SRL	UMBERTIDE (PG)	D.D. 0832 del 31/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
152	CENTRO MEDICO SPAZIO SALUTE SRL	PERUGIA	D.D. 0833 del 31/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
153	ESCALAPHO SRL	PERUGIA	D.D. 0834 del 31/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
154	CENTRO CHIROTERAPICO UMBRO SRL	PERUGIA	D.D. 0835 del 31/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
155	ARVILA DEVI SRL (EX CLINICA ODONTIATRICA SRL)	PERUGIA	D.D. 0830 del 31/05/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
156	CENTRO DI NEUROPSICOLOGIA CLINICA DELL'ETA'	PERUGIA	D.D. 0470 del 15/06/2024 - D.D. 10750 del 11/10/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
157	EVOLUTIVA G. SABBADINI SNC	TERNI	D.D. 0704 del 27/06/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE LABORATORIO ANALISI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
158	SALVATI DIAGNOSTIC SRL	TERNI	D.D. 0705 del 27/06/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
159	MEDISPORT CENTER	CITTA' DELLA RIEVE (PG)	D.D. 0705 del 27/06/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
160	CASA VINCIENNA - CENTRO GIRASOLE	ORVIETO (TR)	D.D. 0706 del 27/06/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE CENTRO SOCIO RIABILITATIVO DIURNO
161	CENTRO LASER PERUGIA	PERUGIA	D.D. 0707 del 27/06/2024 - D.D. 0773 del 05/08/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE
162	CHIROFIBROGEN CENTER SRL	PERUGIA	D.D. 0764 del 28/06/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE LABORATORIO ANALISI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
163	PROCTOS SRL	PERUGIA	D.D. 0765 del 28/06/2024	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E SERVIZI AMBULATORIALI
164	OPH - OPPORTUNITIES FOR HEALTH SRL - VILLA LE MALBE	PERUGIA	D.D. 0766 del 28/06/2024	STRUTTURA PER MINORI
165	ANALISI SAMMARTINI SRL	FOLOGNO (PG)	D.D. 0768 del 28/06/2024	LABORATORIO ANALISI
166	FONDAZIONE CENTRO DI SOLIDARIETA' DON GUERRINO ROTA ETS	SPOLETO (PG)	D.D. 0742 del 15/07/2024	SERVIZIO DI ACCOGLIENZA E DIAGNOSI TERAPEUTICO RIABILITATIVA RESIDENZIALE E SERVIZIO DI ACCOGLIENZA TERAPEUTICO RIABILITATIVA RESIDENZIALE (CAMPOSALESE); COMUNITA' TERAPEUTICO RIABILITATIVA RESIDENZIALE (PROTTE); SERVIZIO PEDAGOGICO RIABILITATIVO RESIDENZIALE (MANNO); SERVIZIO SPECIALISTICO TERAPEUTICO DI COMORBILITA' PSICHIATRICA (FABBERINA); SERVIZIO TERAPEUTICO RIABILITATIVO RESIDENZIALE (CASTEL RITALDI)
167	DELTA IMPLANTS SRL	PERUGIA	D.D. 0743 del 15/07/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
168	CASA DI CURA CLINICA LAMI SPA	PERUGIA	D.D. 0744 del 15/07/2024	AREA OSPEDALIERA MEDICA - SERVIZIO AMBULATORIALE LABORATORIO ANALISI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

169	ACTI TORRECELLI	TERNI (TR)	D.D. 0136 del 26/08/2024	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO ED EDUCATIVO RESIDENZIALE PER DISABILI
170	CRABION SRL	CORCHIANO (PG)	D.D. 0138 del 26/08/2024	LABORATORIO ANALISI
171	CAPOBARCO DELL'UMBERIA - STRUTTURE SAN MARCO, LE PABALE E LE FAINALLE	GIUBBO (PG)	D.D. 0140 del 26/08/2024	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO ED EDUCATIVO RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE DISABILI
172	DINAMICA COOP SOCIALE - RP DON NELLO ALUNNI	NOCIERA UMBRA (PG)	D.D. 0143 del 26/08/2024	RESIDENZA PROTETTA PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
173	LABORATORIO BIOCHIMICO SPERINO	CITTA' DI CASTELLO (PG)	D.D. 0148 del 26/08/2024	LABORATORIO ANALISI
174	ELLELLE SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - SELENE	BEVIGNA (PG)	D.D. 17952 del 11/10/2024	COMUNITA' FAMIGLIA PER IL DOPO DI NOI (RD S.3)
175	CIPRS SOC COOP SOCIALE - CASA AVOLIANO	NARNI	D.D. 10753 del 11/10/2024	COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI GRAVI (RD S.3)
176	EDIT EDUCAZIONE DIRITTI TERRITORIO - LE PECORE GIALLE	SPOLETO (PG)	D.D. 10751 del 14/10/2024	STRUTTURA PEDAGOGICO-RIABILITATIVA SEMIRESIDENZIALE (ROSP 1-SR)
177	A.S.P. MUZI BETTI AZIENDA PUBBLICA SERVIZI ALLA PERSONA - MHI SOCI	CITTA' DI CASTELLO (PG)	D.D. 10876 del 16/10/2024	COMUNITA' ALLOGGIO PER DISABILI GRAVI (RD S.2)
178	QUADRIFOGLIO SOC COOP SOCIALE - LA PORTA DELLA LUNA - E. CORBEZZOLO	ALLERONA (TR)	D.D. 10878 del 16/10/2024	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO ED EDUCATIVO SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI (RD S.1-SR); COMUNITA' FAMIGLIA PER IL DOPO DI NOI (RD S.3)
179	POLIMULINATORIO SPECIALISTICO DI ODONTOGIA E NEUROLOGIA DR. ANDREA CAPOCCHI, DR. ANTONIO CAPOCCHI	PERUGIA	D.D. 10878 del 16/10/2024	SERVIZIO AMBULATORIALE

Azienda USL UMBRIA 2

STRUTTURE PRIVATE CONVENZIONATE - 2024 DISTRETTO NARNI AMELIA

DENOMINAZIONE STRUTTURA	SEDE LEGALE DELLA STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	NUMERO DELIBERA	DATA DELIBERA	DATA DI SCADENZA DELLA CONVENZIONE
RESIDENZA VILLA SERENA	AMELIA	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 565	06.04.2022	30.06.2022
VILLA ANNA	AMELIA	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1131	15.07.2022	15.09.2022
VILLA CANALI SERVIZI E STRUTTURE TERZA ETA'	MONTECASTRILLI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1131	15.07.2022	15.09.2022
VILLA SABRINA	OTRICOLI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1131	15.07.2022	15.09.2022
CASA VERA BD SERVICE GBR	NARNI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1131	15.07.2022	15.09.2022
VILLA ROSALBA	MONTECASTRILLI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1131	15.07.2022	15.09.2022
COMUNITA' INCONTRO	AMELIA	Comunità Terapeutica	RECUPERO DA DIPENDENZE	D.D.G. n. 1131	15.07.2022	15.09.2022
COMUNITA' ALLOGGIO "CASA AVIGLIANO"	AVIGLIANO UMBRO	COMUNITA' ALLOGGIO	RESIDENZIALITA' PER DISABILI GRAVI (FISICI)	D.D.G. n. 424	06.03.2024	31.03.2024 (ISTRUTTORIA IN CORSO PER RINNOVO)
COMUNITA' ALLOGGIO "SPAZIO FAMIGLIA"	AMELIA	COMUNITA' ALLOGGIO	RESIDENZIALITA' PER DISABILI GRAVI (FISICI)	D.D.G. n. 424	06.03.2024	31.03.2024 (ISTRUTTORIA IN CORSO PER RINNOVO)
COMUNITA' RAJO	AMELIA	COMUNITA' TERAPEUTICA	RECUPERO DA DIPENDENZE	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024
UNITA' DI CONVIVENZA "VILLA CANALI"	MONTECASTRILLI	UNITA' DI CONVIVENZA	RESIDENZIALITA' PER DISABILI GRAVI (PSICHICI)	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024
UNITA' DI CONVIVENZA "VILLA ROSALBA"	MONTECASTRILLI	UNITA' DI CONVIVENZA	RESIDENZIALITA' PER DISABILI GRAVI (PSICHICI)	D.D.G. n. 1131	15.07.2022	15.09.2022
SPAZIO CREO	AMELIA	CENTRO DIURNO	SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI (PSICHICI)	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024
SOTTOSOPRA	AMELIA	CENTRO DIURNO	SEMIRESIDENZIALITA' PER MINORI DISABILI (PSICHICI)	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024
CASA VERA BD SERVICE GBR	NARNI	RESIDENZA PROTETTA	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024
VILLA ANNA	AMELIA	RESIDENZA PROTETTA	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024

VILLA CANALI STRUTTURE E SERVIZI TERZA ETA'	MONTECASTRILLI	RESIDENZA PROTETTA	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024
VILLA ROSALBA	MONTECASTRILLI	RESIDENZA PROTETTA	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024
VILLA SABRINA	OTRICOLI	RESIDENZA PROTETTA	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024
VILLA SERENA (SOC. LA RINASCITA)	AMELIA	RESIDENZA PROTETTA	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G. n. 1216	10.07.2023	30.06.2024

STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE - DISTRETTO DI TERNI - 2021

DENOMINAZIONE STRUTTURA	SEDE LEGALE DELLA STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	NUMERO DELIBERA	DATA DELIBERA	Data di Scadenza Convenzione
VALLE SERENA	TERNI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
NUOVA VILLA MARIA LUISA	TERNI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
VILLA FLAMINIA	TERNI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
VILLA VITTORIA	TERNI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
VILLA MARIA (SANITER)	TERNI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
ASTE	TERNI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
GRANDE ALBERGO AMERINO	ACQUASPARTA	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
COLLEROLLETTA	TERNI	Residenza Protetta	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
D.C.A. CENTRO "CITTA' GIARDINO"	TERNI	Centro Diurno D.C.A.	SEMIRESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI e MINORI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
D.C.A. CENTRO "CITTA' GIARDINO"	TERNI	Comunità terapeutica di tipo 2 D.C.A.	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI e MINORI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
CENTRO DIURNO PSICHIATRICO "GALILEO GALILEI"	TERNI	Centro Diurno Riabilitazione Psichiatrica	SEMIRESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
RESIDENZA GIOTTO RE.MO.LA SNC	TERNI	Comunità terapeutica di tipo 1 Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
KOINÈ PEGASO	TERNI	Comunità terapeutica di tipo 1 Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
KOINÈ SIRIO	TERNI	Comunità terapeutica di tipo 1 Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
CASA DEL GIOVANE - PIEDILUCO	TERNI	Comunità terapeutica di tipo 2 Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
KOINÈ ORIONE	TERNI	Comunità terapeutica di tipo 2 Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
KOINÈ ATHENA	TERNI	Gruppo appartamento Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
GRUPPO APPARTAMENTO "DOM"	TERNI	Gruppo appartamento Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
RESIDENZA GIOTTO RE.MO.LA SNC	TERNI	Unità di convivenza Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
KOINÈ SOSTEGNO ALL'AUTONOMIA	TERNI	Unità di convivenza Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
TEPEE	TERNI	Unità di convivenza Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
IGLU'	TERNI	Unità di convivenza Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
CASA DEL GIOVANE - PIEDILUCO	TERNI	Unità di convivenza Riabilitazione Psichiatrica	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G.1216	10/07/2023	30/06/2024
VILLA TORRICELLI	TERNI	Comunità Alloggio	RESIDENZIALITA' PER PAZIENTI PSICHIATRICI ADULTI	D.D.G. 424	06/03/2024	31/03/2024

Distretto Spoleto - Elenco delle strutture private accreditate e convenzionate -					
DENOMINAZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	NUMERO DELIBERA	DATA DELIBERA	validità
Il Cerchio - Spoleto (Pg)	RESIDENZA PROTETTA	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	n. 1241 D.G. Usl Umbria 2	14/07/2023	30/06/2024
Casa Marini - Spoleto (Pg)	RESIDENZA PROTETTA	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	n. 1241 D.G. Usl Umbria 2	14/07/2023	30/06/2024
Istituto Nazzareno - Spoleto (Pg)	RESIDENZA PROTETTA	RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	n. 1241 D.G. Usl Umbria 2	14/07/2023	30/06/2024
Cast Assisi Onlus - Loc.tà Strettura	CENTRO ACCOGLIENZA DIAGNOSTICA	RESIDENZIALITA' PER PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA	n. 1241 D.G. Usl Umbria 2	14/07/2023	30/06/2024
Ceis Don Guerrino - Loc.tà Terraja	CENTRO ACCOGLIENZA DIAGNOSTICA	RESIDENZIALITA' PER PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA E DOPPIA DIAGNOSI	n. 1241 D.G. Usl Umbria 2	14/07/2023	30/06/2024
Istituto Don Pietro Bonilli - Spoleto	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO	RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI	n. 1241 D.G. Usl Umbria 2	14/07/2023	30/06/2024
Isola che c'è - Giano dell'Umbria Loc.tà Bastardo	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO ED EDUCATIVO	SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI	n. 1 D.G. Usl Umbria 2	05/01/2023	31/12/2025
Oami - Loc.tà Madonna di Baiano	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO ED EDUCATIVO	RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI	n. 142 D.G. f.f. Usl Umbria 2	28/01/2024	30/06/2024
Cast Assisi Onlus - Loc.tà Madonna di Baiano - Strettura	CENTRO ACCOGLIENZA RIABILITATIVA	RESIDENZIALITA' PER PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA	n. 1241 D.G. Usl Umbria 2	14/07/2023	30/06/2024
Assistenza Centri Socio Riabilitativi ed Educativi Bim Bum Bam e Young Poople - Coop. il Cerchio - Spoleto	CENTRO SOCIO RIABILITATIVO ED EDUCATIVO	SEMIRESIDENZIALITA' PER DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI	n. 1241 D.G. Usl Umbria 2	14/07/2023	30/06/2024

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

A.O. - Azienda Ospedaliera
ACN - Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale
ADI - Assistenza Domiciliare Integrata
ADP - Assistenza Domiciliare Protetta
AFT - Aggregazioni Funzionali Territoriali
AUSL - Azienda Unità Sanitaria Locale
BPCO - Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CdC - Case di Comunità
CdS - Centro di Salute
CER - *Critical entities resilience*
COT - Centrali Operative Territoriali
CUP - Codice Unico di Progetto
CUP - Centro Unico Prenotazioni
DEA - Dipartimento Emergenza e Accettazione
DRG - *Diagnosis Related Group*
DS - *Day Surgery*
EPC-WGA - *Economic Policy Committee-Working Group on Ageing Population*
HTA- *High Technology Assessment*
IOT - *Internet of things*
ISTAT-SHA - *ISTAT System of Health Accounts*
IT - *Information Technology*
IVG - Interruzione Volontaria di Gravidanza
LA - Livelli di Assistenza
LEA - Livelli Essenziali di Assistenza
LEP - Livelli Essenziali delle Prestazioni
MES - *Management e Sanità*
MMG - Medico di Medicina Generale
MST - Malattie Sessualmente Trasmissibili
NACE - *Nomenclature statistique des Activités économiques dans la Communauté Européenne*
NOT - Nucleo Operativo Territoriale
NSG - Nuovo Sistema di Garanzia
NSIS - Nuovo Sistema Informativo Sanitario
NUS - Numero Umbria Sanità

NYHA - *New York Heart Association*
OdC - Ospedali di Comunità
OT - *Operational Technology*
P.R.I.N.A. - Piano Regionale Integrato Non Autosufficienza
PAI - Progetto di Assistenza Individuale
PAP - Piano Assistenziale Personalizzato
PdT - Percorsi di Tutela
PDTA - Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali
PLS - Pediatria di Libera Scelta
PRI - Piano di Riabilitazione Individuale
PTFP - Piano Triennale di Fabbisogno di Personale
PUA - Punto Unico di Accesso
RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei
RGPD - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati
RP - Residenza Protetta
RSA - Residenza Sanitaria Assistita
RUA - Responsabile Unico Aziendale
RUAS - Responsabile Unico dell'Assistenza Sanitaria
S.C. - Struttura Complessa
SerD - Servizio per le Dipendenze
SIAD - Sistema Informativo Assistenza Domiciliare
SLA - Sclerosi Laterale Amiotrofica
SMA - Atrofia Muscolare Spinale
SNC - Sistema Nervoso Centrale
SS.CC. - Strutture Complesse
SSN - Sistema Sanitario Nazionale
SSR - Sistema Sanitario Regionale
STEMI - *ST Elevation Myocardial Infarction*
SVaMDi - Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile
UCP - Unità Cure Palliative
USCA - Unità Sanitaria di Continuità Assistenziale
UVM - Unità di Valutazione Multidisciplinare