



**ELEZIONI DEL SINDACO E  
DEL CONSIGLIO COMUNALE  
8 E 9 GIUGNO 2024**

**Lista  
PERUGIA PER LA SANITÀ PUBBLICA**

**PROGRAMMA  
AMMINISTRATIVO**



## INDICE

0. INTRODUZIONE.....	3
0.1 LA SALUTE È UN DIRITTO: documento programmatico .....	5
1. PROMOZIONE DELLA SALUTE .....	8
1.1 SALUTE IN MOVIMENTO: Principi Orientamenti Prospettive Proposte .....	8
2. SERVIZI SANITARI TERRITORIALI .....	13
2.1 L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO TERRITORIALE.....	13
2.2 DOSSIER SUI SERVIZI SANITARI, SOCIALI E SOCIO-SANITARI TERRITORIALI NEL COMUNE DI PERUGIA .....	16
2.3 IPOTESI DI UNA CASA DI COMUNITÀ A MONTELUCE.....	28
2.4 I CONSULTORI A PERUGIA.....	30
2.5 RAFFORZARE I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE .....	33
3. OSPEDALE .....	36
3.1 STORIA DELL'OSPEDALE DI PERUGIA .....	36
3.2 L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA .....	39
4. ALTRI CONTRIBUTI .....	43
4.1 Verso una Società accessibile ed inclusiva .....	43



## 0. INTRODUZIONE

Qualche mese fa alcune persone sentirono la necessità di “autoconvocarsi” perché avevano ben chiaro il problema: **il sistema sanitario del nostro Paese era sotto scacco!**

Quello stesso sistema sanitario, fondato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità e soprattutto sulla tutela di un diritto sancito dalla Costituzione, che fino a pochi anni fa veniva visto come uno dei migliori sistemi sanitari del mondo, lo stesso che ci aveva permesso di resistere alle diverse ondate della pandemia da SARS CoV 2 grazie alla professionalità e alla abnegazione del personale sanitario (medici, infermieri, OSS), era ormai attraversato da una crisi profonda.

E' stato però chiaro, fin dall'inizio, che il problema nasceva da lontano: anni di lenta ma costante riduzione del finanziamento, cominciata nel 2010 e durata praticamente 10 anni, con l'obiettivo di contenere la spesa pubblica e sospesa solo durante la stagione più acuta del Covid.

Nel 2023 però l'incremento del Fondo Sanitario Nazionale è stato inferiore all'incremento della inflazione: al 30 settembre l'inflazione era aumentata del 5,7% il fondo soltanto del 2,8%. Pochi giorni fa il DEF 2024 ha certificato che ancora una volta non c'è stato un cambio di rotta: la spesa sanitaria nel 2025 e 2026 sarà pari al 6,3% del Prodotto Interno Lordo, per arrivare nel 2027 al solo 6,2%, allontanandoci sempre più dai paesi europei più moderni e industrializzati e confermando, ancora una volta, che la sanità pubblica non rappresenta affatto una priorità per l'attuale governo.

Se a ciò si aggiunge un grande errore nella programmazione del fabbisogno di medici e infermieri, aggravato dal blocco delle assunzioni, entrato in vigore nella metà degli anni 2000, si comprende come tutto questo abbia determinato conseguenze, che sono sotto gli occhi di tutti: l'impossibilità di prenotare una visita specialistica, l'attesa interminabile al Pronto Soccorso dell'Ospedale più grande della regione, la dimissione troppo precoce da un reparto ospedaliero e l'enorme problema di trovare un infermiere, che venga a domicilio, senza dover ricorrere ad una risposta privata.

Tutto ciò contrasta con un principio che, fin da subito, abbiamo messo a fuoco: **“La Salute è un Diritto” (art. 32 della Costituzione)** e per salute non si intende, e non intendiamo, solo la mancanza di malattia, ma “una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale” così come dichiara l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Abbiamo così cominciato a riflettere su quale fosse lo stato di “salute” dei servizi socio-sanitari della nostra Città e quali fossero i reali bisogni di salute dei suoi abitanti. I documenti che sono raccolti in questa pubblicazione rappresentano quindi il frutto di un lavoro partecipato e collettivo, in un costante confronto tra l'auspicabile e il possibile, che è lentamente cresciuto con le caratteristiche di un documento in progress, che evolverà mano a mano che metteremo a fuoco le necessità di salute della nostra Città. E, contemporaneamente, nasceva il progetto della lista **“Perugia per la sanità pubblica”**. Abbiamo però già chiaro quali siano i **punti fondamentali della nostra battaglia, a fianco della candidata Sindaca, Vittoria Ferdinandi**.

Vogliamo innanzitutto che **la nostra città assuma le caratteristiche di una Città che promuova salute**, in cui sia facile adottare uno stile di vita sano, a cominciare dalla possibilità di praticare costantemente il movimento. Ma se la parola “salute” esprime un concetto complesso, che comprende anche il benessere psico - sociale, nella nostra concezione, una città che promuove salute è una città inclusiva, che accoglie e non emargina, che permette alle persone con disabilità una normale vita di relazione.

Per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini di Perugia è però anche necessario che venga completamente **ricostruita la rete dei servizi territoriali**, nella logica di quanto stabilito dalla legge di riforma dei servizi territoriali (DM 77/22). Abbiamo bisogno che si passi da una logica puramente prestazionale, ad una medicina di prossimità, che veda coinvolti tutti i possibili attori, a partire dai medici di medicina generale, nella organizzazione di risposte adeguate ai bisogni complessi di salute della popolazione, soprattutto di quella più anziana, contribuendo così a ridurre il costante aumento di accessi impropri al Pronto Soccorso dell'Ospedale della città. Per questo la lista Perugia per la Sanità Pubblica ritiene che a Perugia le **Case della Comunità**, luogo fisico dove questo modello organizzativo trova concretezza, debbano essere **almeno 3**, non solo due e che una di esse debba essere collocata nella parte sud-ovest della città.



Altrettanto importante è la ricostruzione della **rete dei consultori** in città: fino a qualche anno fa erano più di 10, adesso ne è rimasto attivo soltanto uno. I consultori devono tornare ad essere un luogo dove la donna venga accolta e trovi risposte ai propri bisogni, sia che si tratti di prevenzione, con lo screening cervicale, o di supporto alla gravidanza e alla nascita, così come nel caso che, al contrario, necessiti di sostegno nella sua volontà di interruzione, fino alla gestione degli aspetti critici della menopausa. Per questo la lista **Perugia per la Sanità Pubblica** ritiene che in città debbano essere operativi almeno **8 consultori**, anche questi in rete tra loro e dotati di tutto il personale previsto dal DM 77, cioè non solo ostetriche e ginecologo, ma anche psicologo e assistente sociale. Anche i **centri per la salute mentale** debbono essere di fatto ricostruiti per recuperare quella capacità di presa in carico e cura del disagio psichico che caratterizzava la psichiatria della nostra città.

E infine è necessario che venga affrontato **il problema dell'ospedale Santa Maria della Misericordia**: secondo la lista Perugia per la Sanità Pubblica è ormai tempo di approfondire, come Comune capofila, con Regione e Università, il tema del ruolo dell'ospedale, a metà tra ospedale ad alta specialità e ospedale di base, ma anche di promuovere una volta per tutte, una forte integrazione con il territorio e di ottenere l'adeguamento numerico, ormai non più procrastinabile, del personale medico e infermieristico che vi opera.

Come è stato già accennato, questa raccolta non è esaustiva, ma andrà ampliandosi mano a mano che metteremo in luce le diverse criticità dei servizi sanitari del nostro Comune, anche raccogliendo le istanze espresse dai cittadini all'interno della **Consulta per la Salute**, che ci impegniamo ad attivare come fondamentale strumento di ascolto, all'indomani della vittoria alle elezioni comunali.

*Maggio 2024*

**Perugia per la Sanità Pubblica**



## 0.1 LA SALUTE È UN DIRITTO: documento programmatico

La sanità pubblica, intesa nella sua accezione più ampia, come sistema, che dovrebbe essere in grado di dare risposte alle istanze espresse e non dei cittadini italiani, non ha mai attraversato, dalla sua nascita nel 1978, un periodo di crisi così profonda, da determinare di fatto il lento e progressivo scivolamento sostenuto dal DdL sull'autonomia differenziata, da un Servizio Sanitario Nazionale, fondato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità e soprattutto sulla tutela di un diritto sancito dalla Costituzione, a 21 diversi Sistemi Sanitari regionali governati dalle leggi del libero mercato. Numerosi sono i fattori alla base di tale crisi, la maggior parte dei quali non sono nati negli ultimi mesi, ma, al contrario, trovano origine per lo meno nell'ultimo decennio. Di seguito proviamo ad illustrarne alcuni.

### Il finanziamento pubblico

Il fabbisogno sanitario nazionale negli ultimi 13 anni (2010-2023) è aumentato complessivamente di 23,3 miliardi, quindi di poco meno di 2 miliardi l'anno, anche se con trend diversi in questo arco temporale, che suddividiamo in periodo pre-pandemico, periodo pandemico e post-pandemico. Il primo, dal 2010 al 2019, potrebbe essere definito come "la stagione dei tagli", perché caratterizzato dalla progressiva sottrazione di fondi al SSN, in nome del risanamento della finanza pubblica. In totale sono stati sottratti complessivamente in 10 anni più di 37 miliardi: in questo stesso arco temporale il FSN è aumentato complessivamente di 8,2 miliardi, pari ad una crescita media annua dello 0,9%, quindi inferiore al tasso di inflazione media annua, pari al 1,15% annuo. Nel periodo 2020-2022, caratterizzato dallo tsunami della pandemia, il FSN è stato aumentato complessivamente di 11,2 miliardi, ma in realtà questo investimento non è andato a rafforzare il SSN, ma è stato di fatto assorbito dai costi diretti della pandemia (dal rafforzamento delle tecnologie, all'acquisto dei DPI, dei vaccini etc) e peraltro non è stato neppure sufficiente a consentire alle Regioni di tenere in ordine i loro bilanci. Infine con l'ultima proposta di Legge di Bilancio 2023 sono stati previsti per gli anni 2023, 2024 e 2025 rispettivamente € 2150, € 2300 e € 2600, milioni, ma nel 2023 ben 1400 milioni sono già stati destinati alla copertura dei maggiori costi energetici. L'incremento del FSN è stato fino al 2023 inferiore all'incremento della inflazione: nel 2022 l'inflazione è aumentata dell'8,1% mentre il Fondo è aumentato solo del 2,9; nel 2023 al 30 settembre l'incremento era del 5,7 a fronte di un aumento del fondo di circa la metà (2,8%).

### La spesa sanitaria

La spesa sanitaria è composta da 2 macrocategorie: la spesa sanitaria pubblica e la spesa sanitaria privata, che include quella intermediata dalle polizze assicurative o da fondi sanitari, accanto a quella direttamente sostenuta dai cittadini, definita "out of pocket". Sebbene il calcolo della spesa sanitaria sia piuttosto complesso si può dire che secondo il Sistema ISTAT- SHA ( System of Health Accounts ) nel 2022 la spesa sanitaria ha ammontato a € 171.867 milioni, così ripartiti: il 75,9 % (130.364 milioni) per la sanità pubblica, il 2,7 % (4,668 milioni) per quella "intermediata" mentre il restante 21,4 %, pari a 36.835 milioni, costituisce la cosiddetta "out-of-pocket".

La spesa sanitaria pubblica nel 2022 è stata pari a 130.364 milioni, il 56,9% dei quali, (€ 74.165 milioni) sono stati utilizzati per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione, mentre il 15,2 % pari a € 19.763 sono stati spesi per prodotti farmaceutici e apparecchiature.

Se si osserva il rapporto tra la spesa sanitaria e PIL, ci si accorge che si passa dal 6,7% del 2023 (inferiore al 6,9% del 2022) al 6,2 nel 2024 e nel 2025, per scendere fino al 6,1 % nel 2026. La spesa sanitaria pubblica italiana è di gran lunga inferiore a quella della media dei Paesi europei e se si volesse colmare questo divario occorrerebbero ogni anno quasi 15 miliardi di euro in più, cifre palesemente incompatibili con la nostra finanza pubblica. Peraltro in Italia la percentuale di PIL destinato alla spesa sanitaria totale è inferiore alla media OCSE (9,0% vs 9,3%) e la nostra posizione peggiora ulteriormente se si prende in considerazione la spesa sanitaria pro-capite totale a prezzi correnti e a parità di potere d'acquisto, che è inferiore alla media OCSE e colloca l'Italia tra i Paesi poveri d'Europa: spendono meno di noi solo Portogallo, Slovenia, Lituania, Lettonia, Estonia, Polonia, Ungheria, Grecia e Repubblica Slovacca.



## Il personale sanitario

Non è facile avere un quadro preciso di quanti siano gli operatori sanitari (medici dipendenti del SSN, medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri, medici che operano in strutture private, biologi, chimici, tecnici sanitari etc) in attivo, poiché sono diverse le fonti che raccolgono questi dati, spesso in maniera sovrapponibile anche se con diversi livelli di dettaglio. Per il Ministero della Salute nell'ultimo report presentato a fine agosto 2023 il personale ammonta a 715.959 unità, dei quali il 72% è costituito da operatori del ruolo sanitario, di cui il 57.7% è costituito da personale infermieristico, il 24,1 da medici e il 18,2% da altri professionisti sanitari. Importante però non sono i numeri assoluti ma l'analisi del trend negli ultimi 10 anni. Secondo il MEF – Dipartimento della Ragioneria dello Stato dal 2012 al 2016 la sanità ha registrato un calo costante di personale, finendo per perdere quasi 25000 addetti. Tra il 2016 e il 2019 il numero degli operatori è rimasto sostanzialmente stazionario intorno ai 650.000 dipendenti. Nel triennio 2019-2021 il numero di occupati aumenta sia perché cambia la disciplina che regola le assunzioni, sia come conseguenza delle misure straordinarie di reclutamento necessarie a fronteggiare l'emergenza pandemica. Negli ultimi due anni la situazione è peggiorata, perché alle condizioni di fortissimo stress legate alla gestione ospedaliera della pandemia ha fatto seguito il progressivo abbandono del SSN da parte di moltissimi addetti, soprattutto da quei reparti già in condizioni di carenza di personale. Altrettanto grave è la situazione per quanto riguarda i MMG: se si ipotizza che sia accettabile un rapporto di 1 medico ogni 1250 assistiti, secondo le rilevazioni SISAC al 1 gennaio 2022 si stima una carenza di più di 2500 medici (2876) con situazioni più critiche nelle regioni del NORD.

Con i pochi dati sopra richiamati si è cercato di evidenziare alcune delle principali criticità che affliggono il nostro SSN, anche se, in realtà, i dati non danno conto della criticità principale, che è rappresentata dalla mancanza di una visione politica in grado di promuovere una vera riforma del sistema, che non tenga conto solo degli aspetti economici, ma permetta di considerare la sanità pubblica come un vero e proprio investimento, in grado di condizionare addirittura la crescita del PIL oltre che un diritto dei cittadini sancito dalla Costituzione.

Purtroppo la condizione del sistema sanitario umbro è tale da collocarlo al centro di questa crisi:

- la mancanza di una adeguata programmazione, minimamente sostenuta da un PSR, che non ha previsto il riordino della rete ospedaliera regionale, né l'innovazione della rete distrettuale;
- la incapacità a risolvere l'annosa questione delle liste d'attesa, aggravata da un lato dalla difficoltà ad assorbire il rallentamento dovuto alla crisi pandemica, dall'altro dalla costante inappropriata prescrizione, conseguenza a sua volta della cosiddetta medicina difensiva, oltre che della mancanza di una adeguata "cultura sanitaria" nella popolazione;
- la progressiva carenza di professionisti sanitari (medici e infermieri), soprattutto in alcuni reparti a forte rischio (pronto soccorsi, reparti di anestesiologia e di emergenza urgenza);
- la mancata evoluzione delle cosiddette AFT, nate nel 2018 quali raggruppamenti di Medici di Medicina Generale, con l'obiettivo di consentire la presa in carico dei pazienti, soprattutto di quelli affetti da una o più patologie croniche, in percorsi diagnostico-terapeutici fondati su protocolli condivisi (in grado di ridurre l'eccesso prescrivito) e rapporti codificati con le strutture ospedaliere, anche attraverso il potenziamento della telemedicina;
- la lenta ma costante perdita di "strutture", come Centri di Salute, Consultori, Servizi Psicologici, Centri di Salute Mentale, che vengono chiuse per carenza di risorse e mai più riaperte, sono tutti fattori che rendono sempre più difficile per i cittadini umbri l'accesso ai servizi sanitari.

Nella nostra Città tutto ciò è acuito:

- dalla dimensione urbana, che non facilita la presa in carico dei cittadini, in particolare dei più anziani (su 161.748 abitanti 40.743, pari al 25,19% hanno più di 65 anni) sia sotto il profilo sanitario, che dal punto di vista sociale, dato l'aggravamento dell'isolamento individuale in questa fascia della popolazione, anche a causa della tendenza alla riduzione delle reti di interconnessione sociale;
- da un difficoltoso rapporto con la struttura ospedaliera di riferimento, l' Azienda Ospedaliera di Perugia, pressoché al collasso, non solo a causa di una inadeguata presa in carico da parte della medicina generale e dei servizi territoriali dei pazienti cronici, ma anche per la mai risolta definizione del ruolo della stessa: ospedale di base per i cittadini di Perugia o struttura di secondo livello per la alta specialità. Si ricorda a questo proposito che i dati AGENAS relativi al



2022 indicano un indice di fuga pari al 21%(ricoveri e terapie in altre regioni), quasi il doppio della media nazionale. In pratica un cittadino umbro su 5 va a farsi curare fuori regione.

Per tutto quanto sopra non è ormai più rimandabile l'avvio di un'azione politica con l'obiettivo di:

- **riprendere il disegno di una Città che promuova salute**, favorendo la partecipazione dei cittadini a consapevoli scelte di salute;
- **sostenere il rafforzamento dei servizi territoriali**, a partire dalla **dotazione della Città di un adeguato numero di Case di Comunità HUB (almeno 3 come previsto dal DM 77 /2022)**, con servizio infermieristico H12 7 giorni su 7 e la presenza di medici H24, per consentire la presa in carico globale del cittadino con bisogni di salute complessi, in un'ottica di prossimità e integrazione tra la rete assistenziale territoriale, il servizio sociale della USL e del Comune, i servizi specialistici e l'Ospedale. Le Case di Comunità Hub devono essere in rete con le strutture più piccole, Case di Comunità Spoke con servizio infermieristico H12 6 giorni su 7;
- **“riaprire” servizi** dei quali si sente particolare necessità, come **il Servizio Giovani**, per tentare di rispondere alle problematiche giovanili in tema di disagio psicologico o **i consultori familiari, che da 3 devono diventare almeno 8**, presidi multidisciplinari a libero accesso e gratuiti, orientati alla presa in carico della gravidanza fisiologica in tutto il suo percorso, disponibili per le donne in ogni fascia di età, dalla pubertà alla menopausa, con attività di informazione, di prevenzione e di cura, ma anche come strutture dove sia possibile praticare l'interruzione di gravidanza con metodo farmacologico (RU486);
- ripensare in toto la **rete dei servizi territoriali e residenziali per le persone anziane**, avendo particolare attenzione a coloro che sono rimasti soli o con scarse capacità di accudimento da parte della rete familiare e/o amicale;
- promuovere e sostenere azioni politiche per l'**inclusione sociale** delle persone con disabilità in tutti i segmenti della società, anche promuovendo percorsi per la piena attuazione delle norme che favoriscono la vita indipendente;
- potenziare la risposta ai bisogni connessi alla **salute mentale**;
- affrontare con il livello regionale e naturalmente l'Università la problematica di un adeguato ripensamento del ruolo e delle **funzioni dell'Ospedale della Città**, a partire da una seria analisi dei fabbisogni di personale, tenendo conto non solo di quanto lamentato dai cittadini, ma anche delle difficoltà rappresentate ormai da mesi dagli stessi lavoratori.



# 1. PROMOZIONE DELLA SALUTE

## 1.1 SALUTE IN MOVIMENTO: Principi Orientamenti Prospettive Proposte

### I principi

#### **Costituzione Italiana - art. 32 (1948)**

*“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività.”  
Di tutti i diritti sanciti nella costituzione, la salute è l’unico che è definito “fondamentale”: è da qui pertanto che dobbiamo partire.*

#### **Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo (1948)**

*“Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all’alimentazione, al vestiario, all’abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari”.*

#### **Organizzazione Mondiale per la Sanità (1948)**

*“La salute è una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l’assenza di malattia o infermità.”*

- *L’OMS ha promosso a partire dalla Carta di Ottawa (1986) una Rete delle Città Sane con lo scopo di:*
- *integrare le politiche di gestione diretta della salute con le politiche strategiche che appartengono ad altri settori dell’attività amministrativa ma hanno un’influenza sulla salute dei cittadini intesa in senso ampio;*
- *promuovere lo sviluppo della città secondo criteri di equità, sostenibilità ed attenzione alla persona;*
- *incoraggiare la partecipazione dei cittadini alle scelte politiche che hanno un effetto concreto sulla loro vita.*

#### **Agenda 2030**

*Sottoscritta nel 2015 da 193 paesi nell’ambito dell’ONU, l’Agenda individua 17 obiettivi per uno sviluppo pieno e sostenibile, tra loro interconnessi: tra questi il perseguimento della salute e del benessere che è strettamente collegato a sconfitta della povertà e della fame, parità di genere, istruzione di qualità, acqua ed energia pulita, città e comunità sostenibili. “Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età” mediante la prevenzione, la cura, il mantenimento della vita indipendente, l’abilitazione e la riabilitazione, l’utilizzo di tecnologie all’avanguardia, le terapie non farmacologiche”.*

#### **Ministero della Salute**

*Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari...<sup>1</sup> è il documento programmatico finalizzato alla promozione di stili di vita in grado di contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche non trasmissibili e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini.*

*Guadagnare Salute nasce dall’esigenza di diffondere e facilitare l’assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione, agendo su scorretta alimentazione, consumo rischioso e dannoso di alcol, sedentarietà/scarsa attività fisica e tabagismo, principali fattori di rischio di malattie croniche non trasmissibili, garantendo la sostenibilità del Sistema sanitario in termini economici e di efficacia.*

*Per raggiungere questi obiettivi è necessario diffondere una nuova cultura, rafforzando il principio che promuovere e tutelare il bene “salute” è un obiettivo prioritario per tutti i settori del Paese, che necessita di strategie condivise e di un approccio “intersectoriale” e “trasversale” ai fattori di rischio, per interventi volti sia a modificare i comportamenti individuali scorretti, sia a creare condizioni ambientali atte a facilitare le scelte salutari.*

<sup>1</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf)





## Gli orientamenti

Per dare concretezza a questi principi è essenziale

- progettare **ambienti, luoghi e spazi inclusivi e accessibili** da tutti i punti di vista nell'ottica di una maggior integrazione sociale e una riduzione dei costi sanitari;
- fare attenzione a tutte le **specificità**, non facendo graduatorie di fruibilità degli spazi e dei servizi, ma costruendo spazi e servizi in cui nessuno si possa sentire diverso, ovvero in cui abbia la consapevolezza che ognuno è positivamente diverso.

È nostra intenzione:

- promuovere la concezione e la consapevolezza del valore della **salute personale e pubblica** nel territorio di Perugia;
- sviluppare una scelta politica che si occupi di salute e di **programmi sanitari pubblici, integrati** con tutti gli altri servizi e qualificati.

È di estrema importanza, quindi, il modo in cui la nostra città sarà governata nei prossimi anni, per la ricaduta che sulla salute che potranno rappresentare le scelte politiche locali in tema di:

- promozione di uno sviluppo della città fondato sull'**equità**, sulla **sostenibilità** e sull'**attenzione alla persona**, al suo valore e alle sue esigenze;
- **integrazione** tra le politiche di promozione e gestione diretta della salute e le politiche strategiche che appartengono ad altri settori dell'attività e della programmazione amministrativa, e che hanno un'influenza sulla salute dei cittadini intesa in senso ampio;
- **partecipazione** dei cittadini alle scelte politiche che hanno un effetto concreto e immediato sulla loro vita e alla loro vita secondo il principio di sussidiarietà trasversale.

I Comuni hanno un ruolo fondamentale nella promozione della salute quale strumento per la prevenzione delle malattie.

Ogni volta che viene assunta una decisione, in ambito urbanistico, in quello della mobilità, nell'organizzazione dei Servizi sociali e socio-sanitari, in quelli educativi e culturali fino all'adozione di qualsiasi "piano" e "atto di programmazione" ci si dovrebbe chiedere quale sia la ricaduta sulla salute dei cittadini e sull'ambiente.

Una buona salute è una risorsa fondamentale per lo sviluppo sociale, economico e personale.

Il **sindaco** svolge un ruolo cruciale per la salute della città. I suoi compiti includono la gestione dei servizi socio-sanitari locali, la promozione di stili di vita sani attraverso programmi educativi, la supervisione della sicurezza ambientale e la collaborazione con le autorità sanitarie per affrontare anche emergenze mediche. Inoltre, può lavorare per migliorare e garantire l'accesso ai servizi socio-sanitari e promuovere politiche che favoriscano l'ambiente, il benessere e la salute della comunità.

Il concetto di piena inclusione si riferisce alla creazione di ambienti e società in cui ogni individuo, indipendentemente dalle proprie caratteristiche e abilità, è pienamente accettato, rispettato e ha accesso alle stesse opportunità. Questo significa eliminare barriere fisiche, sociali ed economiche che possono escludere alcune persone dalla partecipazione piena alla vita della comunità. La piena inclusione promuove la diversità, l'equità e il rispetto dei diritti umani, contribuendo a costruire società più giuste e sostenibili.

La progettazione accessibile è fondamentale per garantire l'inclusione di tutte le persone ed in particolare delle persone con disabilità. Creare spazi, prodotti e servizi accessibili significa eliminare barriere fisiche e sensoriali che impediscono alle persone di partecipare pienamente alla società. (**Universal Design**).

**Costruire una città sana:** città sana non è solo quella che ha raggiunto un buon livello di salute, ma è soprattutto quella che sceglie con energia di migliorarla continuamente, è una città che costantemente ricrea e adegua i contesti fisici e sociali ampliando le risorse della comunità, permettendo ai cittadini di aiutarsi a migliorare tutti gli aspetti della vita e a sviluppare al massimo il proprio potenziale.



Se si vuole parlare di salute, come di un diritto sancito dalla Costituzione Italiana, è necessario parlare della relazione fra il camminare, correre, andare in bicicletta (o anche il solo sostare in un ambiente naturale sano) e la buona gestione dei parchi urbani e extraurbani di Perugia.

Camminare è vivere in armonia con sé stessi, gli altri, l'ambiente e perciò è sicuramente prevenzione per molte patologie, camminare aiuta anche tutti i malati di patologie croniche, dagli ipertesi ai diabetici ai cardiopatici, per i quali il movimento è parte diretta della terapia.

La città non è il luogo di consumo individuale di spazi, ma la sede di relazioni e come tale deve essere valorizzata per i singoli e per i gruppi, per la collettività di oggi e di domani: l'ambiente urbano (ed extraurbano) ha bisogno di uno sguardo prospettico di lunga durata.

Per questo all'interno del Progetto Perugia per la sanità pubblica, abbiamo individuato il tema: **Camminare è salute**. Serve che la prossima Amministrazione Comunale investa in salute anche attraverso il buon uso dei parchi di Perugia urbani ed extraurbani.

## Le prospettive

Spesso ci sentiamo dire in ambiente sanitario: "Cammini, le fa bene! "

Noi di questo siamo pienamente convinti, il camminare è armonia, prevenzione e cura.

Ma è possibile oggi camminare?

Quando si progetta tenendo conto delle esigenze di accessibilità, si apre la strada all'uguaglianza di opportunità. Ciò significa che tutte le persone devono avere accesso a informazioni, edifici, trasporti e tecnologie per vivere una vita più indipendente e partecipativa.

La progettazione accessibile crea beneficio all'intera società. Un ambiente accessibile offre vantaggi a tutte/i, come ad esempio un'architettura inclusiva che semplifica la mobilità per le persone anziane, donne in gravidanza, persone con disabilità temporanee, bambini ecc.

A Perugia, purtroppo, i **parchi della città** sono di difficile utilizzo, per la mancanza di sicurezza, di manutenzione e per un accesso spesso impossibile per chi ha problemi a deambulare normalmente, tranne in due – tre realtà.

È necessario parlare della fruizione dei parchi urbani di Perugia da promuovere affinché tutte e tutti possano utilizzarli, nessuna e nessuno esclusa/escluso, sia se si cammini, si corra o si vada in bicicletta, o semplicemente per godere del verde pubblico.

Forse solo due sono i parchi urbani che hanno una manutenzione più o meno costante: il percorso verde Leonardo Cenci ed il parco Chico Mendez, per il resto la situazione è davvero insostenibile.

Ma le risorse "verdi" a disposizione della collettività non si esauriscono nei **parchi più a ridosso della città**. Nel territorio comunale insistono altre realtà che andranno a loro volta valorizzate con interventi indirizzati ad una loro più piena fruizione: pensiamo al Parco del Tevere, al Parco del Monte Tezio, al Parco di Lacugnano.

Per questi contesti sarà necessario un più ampio progetto di riqualificazione da affrontare anche con finanziamenti europei.

I luoghi urbani, compresi i parchi pubblici nella loro interezza e i servizi in essi contenuti, dovranno essere pienamente fruibili dalla totalità delle persone che a Perugia vivono e lavorano, indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e sensoriali, così da garantire un sicuro e pieno utilizzo in sicurezza ed accessibilità. La nostra linea di orizzonte fa riferimento ad una metodologia progettuale di moderna concezione e ad ampio spettro che ha per obiettivo fondamentale la progettazione e la realizzazione di edifici, prodotti e ambienti, (compresi quindi i parchi urbani) che siano pienamente accessibili.

È questa una sfida tanto concreta che culturale, sfida da vincere collettivamente per costruire una società inclusiva, che promuova per tutte e tutti, nessuna e nessuno esclusa ed escluso, i diritti di cittadinanza a partire dalla salute in tutti i suoi aspetti e condizioni. Sappiamo che ci vorrà del tempo, non poco, ma si è altresì consapevoli che questa è l'unica strada da percorrere per un pieno e sicuro utilizzo dell'intero tessuto urbano da parte dell'intera popolazione di Perugia.



Il benessere individuale e collettivo deve essere promosso da una “città sostenibile ed accessibile”. Perché questa affermazione non sia pura utopia, occorre partire da modelli concreti realizzabili effettivamente sul territorio, in grado cioè di innescare un cambiamento che porti ad una rigenerazione del tessuto urbano di Perugia, partendo da idee semplici ed efficaci.

Pensiamo ad una città che costantemente crea e migliora i contesti fisici e sociali ampliando le risorse della comunità, permettendo così ai cittadini di aiutarsi vicendevolmente per migliorare tutti gli aspetti della vita e per sviluppare al massimo il potenziale proprio di ognuno.

Bisogna salvaguardare la qualità dell’aria, forse uno dei fattori più qualificanti per la tutela in ambito urbano, tramite la riduzione del traffico, l’accesso ai veicoli poco inquinanti, la riduzione delle emissioni delle abitazioni, la riduzione della velocità e una maggiore attenzione ai pedoni per ridurre gli incidenti, una delle maggiori cause di infortuni in ambito cittadino.

## Le proposte

Noi vogliamo che la prossima Amministrazione comunale si occupi della promozione della salute mettendo al centro della propria politica:

- la promozione del **benessere psicofisico complessivo**;
- la realizzazione di un alto livello di coesione sociale per tutte le fasce di età e per tutte le condizioni specifiche;
- una **mobilità pubblica** e privata la più rispettosa possibile dell’ambiente, che sia la meno invasiva possibile sul nostro centro storico, sui borghi e sulle periferie;
- una rinnovata attenzione per la qualità dei **servizi per l’infanzia** (che nel passato per alcune strutture pubbliche cittadine erano considerate all’avanguardia a livello nazionale) nell’ottica di una continuità dei servizi comunali e statali per l’infanzia (0-6);
- la promozione di una **alimentazione sana** anche attraverso protocolli d’intesa con gli agricoltori del territorio comunale considerando la necessità di limitare al massimo l’uso dei pesticidi;
- la promozione della **salute mentale** e il contrasto **al disagio giovanile** ma anche, più in generale, sociale.

La qualità della vita di una persona si fonda sul perseguimento di uno stile di vita caratterizzato da pochi, essenziali tratti.

Tra questi è fondamentale il movimento quotidiano. Il camminare, l’andare in bicicletta, il correre, sono di per sé una buona pratica di vita ed incidono in maniera significativa sul benessere fisico, mentale e sociale delle persone ed hanno ricadute positive per il contrasto e la prevenzione di diverse patologie.

Camminare all’aria aperta è buona cosa ovunque, ma sarebbe meglio utilizzare i Parchi che fanno da contorno alla città, perché è ormai stato rilevato scientificamente che fare sport o rilassarsi in ambienti “naturali”, quali sono parchi, boschi e foreste rappresenta il vertice del benessere, soprattutto se fatto in compagnia.

Immergersi e camminare in un ambiente boscoso o in un parco con molta alberatura è prendersi cura di sé attraverso il contatto con la natura (**forestbathing**).

Il benessere individuale e collettivo deve essere anche promosso da una “città sostenibile ed accessibile” e perché questa affermazione non diventi pura utopia, occorre partire da modelli concreti realizzabili sul territorio, in grado cioè di innescare un cambiamento che porti ad una rigenerazione del tessuto urbano di Perugia, partendo da idee semplici ed efficaci.

Le soluzioni possono essere molte ma per diverse di queste i tempi non sono ancora maturi; per trasformare la nostra città non serve progettare avveniristiche stravaganze.

Si dovrà procedere, avendo le idee di prospettiva ben chiare, per gradi provvedendo a:

- realizzazione di **marciapiedi accessibili**;
- realizzazione di **piste ciclabili**, che si sviluppino appena fuori dal centro storico, per permettere agli amanti della bici di poter fare sport in sicurezza;
- **ricognizione dei singoli parchi** e all’individuazione dei primi interventi da realizzare;
- **sfalcio di erbe alte** con manutenzione ordinaria e se necessario al ripristino dei **percorsi** che attraversano i parchi;
- realizzazione nei parchi di **percorsi che** consentano a tutti e a tutte di muoversi agevolmente e in sicurezza in ambienti aperti;



- **ripulitura** straordinaria da plastica e cartacce, collocando bidoni che facilitino la raccolta differenziata;
- all'individuazione e realizzazione di piccoli spazi all'aperto vocati alla socialità ed alla **pratica ludica** nei singoli parchi;
- **posa a dimora di alberi**, ma in numero da far sì che ciò si trasformi in una vera e propria "forestazione urbana" tenendo peraltro conto che non tutte le tipologie di alberi possono essere inserite ovunque senza alcuna preoccupazione sulla loro sopravvivenza o sui costi manutentivi indotti;
- ricerca di **finanziamenti** anche da privati per la realizzazione di progetti specifici;
- coinvolgimento dei **soggetti messi alla prova** al fine sia della realizzazione degli interventi che della inclusione sociale;
- promozione della costituzione di **Associazioni pubbliche** per incentivare la partecipazione alla gestione dei singoli parchi;
- Fare degli **spazi verdi delle scuole o attorno alle scuole**, luoghi vivibili e fruibili, belli, sereni, accoglienti e puliti: in particolare per i nidi, le scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado, questa è una specifica e diretta competenza dell'Amministrazione comunale: coinvolgere in tale progettazione e cura anche docenti ed alunni facendo dell'ambiente non solo uno spazio in cui essere, ma uno spazio in cui vivere e apprendere.



## 2. SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

### 2.1 L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO TERRITORIALE

#### Un'opportunità da non perdere

L'investimento sui **servizi sanitari territoriali** è al centro dell'impegno della lista civica "**Perugia per la sanità pubblica**".

Perché per Perugia avere un ospedale qualificato è fondamentale, anche se, di solito, dell'ospedale si ha bisogno poche volte nella vita, fortunatamente; e per periodi brevi.

Ma fuori dell'ospedale, nella vita di tutti i giorni, c'è ancora più bisogno di servizi sanitari efficaci ed accessibili. Perché se siamo sani vorremmo restare tali con la prevenzione. Ma soprattutto perché vorremmo assistenza adeguata anche sul territorio, sia quando siamo più vulnerabili (nell'infanzia e adolescenza, in gravidanza, in menopausa...), sia quando siamo in condizioni critiche o di fragilità (per malattie fisiche/mentali acute e croniche, per anzianità e/o disabilità), per affrontare in modo appropriato i problemi di salute, restando nel nostro ambiente familiare e sociale.

**Ora ci sono ora nuove norme nazionali e finanziamenti del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) per dare slancio ai servizi sanitari del territorio.**

Nomi, sigle e funzioni sono codificati nel **Decreto Ministeriale 77/2022** ("Modello e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale"), applicato a livello regionale con la **DGR 1359/22 di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali in Umbria.**

Perno del sistema continua ad essere il Distretto sanitario, che governa servizi e professionisti chiamati a rispondere ai bisogni di salute sul territorio.

*Quali "elementi" compongono, come in un puzzle, questa rete di servizi territoriali?*

Gli snodi fondamentali del sistema sono le **Case della Comunità** (hub, cioè centrali, 1 ogni 40.000-50.000 abitanti, e spoke, cioè periferiche), luoghi fisici di prossimità e di facile individuazione per entrare in contatto con l'assistenza sanitaria territoriale.

Cosa c'è dentro queste strutture "hub" ? Il **PUA** (Punto Unico d'accesso) ai servizi sanitari e sociali, il **CUP** per le prenotazioni, il **punto prelievi**, il **Centro vaccinale**, i **Servizi infermieristici domiciliari ed ambulatoriali** attivi h 12 - 7 giorni su 7 con gli **Infermieri di Famiglia o Comunità** per la gestione integrata della cronicità, **gli assistenti sociali e il personale socio-sanitario ed amministrativo.**

In queste strutture lavorano anche, fisicamente o funzionalmente, i **medici delle cure primarie**: Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta (aggregati in AFT-Aggregazioni Funzionali Territoriali o UCP-Unità di Cure Primarie), Medici di Continuità assistenziale (la cosiddetta guardia medica), Unità speciali di Continuità Assistenziali (UCA), che in equipe e in rete con gli altri operatori, garantiscono assistenza nell'arco della giornata e della settimana.

Inoltre la Casa della Comunità include, o si integra funzionalmente (anche attraverso strumenti di telemedicina - es. telerefertazione):

- 1) con **ambulatori specialistici per patologie ad elevata frequenza** (cardiologia, pneumologia, diabetologia, riabilitazione ecc.) e **servizi diagnostici per il monitoraggio della cronicità** (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.)
- 2) con la **Rete delle Cure Palliative** (1 Unità di Cure Palliative Domiciliari e 1 Hospice);
- 3) coi **Consultori familiari**, i **Centri di riabilitazione dei minori** e i **Servizi per le dipendenze e per la salute mentale.**

Completano il quadro gli **Ospedali di Comunità (20 posti letto ogni 100.000 abitanti, o 0,4 ogni 1000)**, strutture intermedie tra la casa e l'ospedale, che accolgono per un breve periodo le persone con bisogni assistenziali complessi (dimissioni protette, casi che non hanno adeguato sostegno a casa ecc.), fino alla stabilizzazione clinica e per quanto possibile al recupero funzionale e dell'autonomia.

Una **Centrale Operativa Territoriale** coordina la presa in carico della persone fra ospedale per acuti e servizi di territorio, interfacciandosi con la rete dell'emergenza-urgenza (118 e Pronto soccorso).

E naturalmente tutti questi servizi e professionisti, per essere efficaci, debbono collaborare strettamente con i **servizi sociali del Comune** e con la rete del **volontariato** locale.



Si tratta quindi, ove ben realizzata e funzionante, di un'organizzazione fondamentale e rassicurante per tutti, tanto quanto un buon ospedale !

Un Sistema Sanitario Territoriale efficace e ben coordinato è essenziale per tutti, ma **soprattutto per le persone con malattie croniche e/o non autosufficienti**, sempre più numerose, che sono portatrici di problemi assistenziali complessi, che provocano sofferenze di lunga durata, mettono in difficoltà le famiglie e sotto stress l'ospedale per acuti e l'intero sistema socio sanitario.

**Perché se questo sistema funziona bene c'è un doppio vantaggio:**

1. **per le persone malate e le loro famiglie**, che possono accedere a servizi sanitari di prossimità e/o ricevere - gratuitamente e continuando a vivere la loro vita familiare e nella comunità - le cure mediche e l'assistenza sanitaria e sociale di cui hanno bisogno
2. **per l'ospedale**, che, se il territorio fosse " ben attrezzato " per prendere in carico casi clinici o socio-familiari complessi, vedrebbe ridursi i ricoveri impropri e i pazienti "parcheeggiati" in PS o nei corridoi; e diminuire le giornate di degenza inappropriata, visto che metà dei ricoveri riguarda pazienti ultrasessantenni e, di questi, più della metà restano in reparto circa una settimana in più del necessario, perché non hanno una rete familiare che possa assisterli e/o non possono avvalersi di una RSA.

*E, nel comune di Perugia, qual'è lo stato dell'arte ?*

Guardando solo alle Case di Comunità programmate nelle delibere regionali (questione su cui il comune esprime un parere diretto), **risultano individuate 2 Case della Comunità:**

- una in zona via XIV settembre ristrutturando il vecchio edificio del centro di salute con i fondi del PNRR (oppure forse, secondo recenti dichiarazioni pubbliche della Regione, in un residuo padiglione del vecchio ospedale di Monteluca) e...

- una a Ponte San Giovanni, riadattando il vecchio Centro di Salute all'Agorà.

**Mentre per il Distretto del Perugia**, che ha 180.000 abitanti, secondo gli standard del DM 77, **ce ne dovrebbero essere almeno 3**. E localizzate in modo appropriato, vista anche l'estensione territoriale del comune di Perugia !

Quanto agli **Ospedali di Comunità**, **ne è previsto solo 1** con 40 posti letto, al Centro servizi Grocco, mentre per il DM 77 i posti letto dovrebbero essere almeno 60-70, visto anche l'alto numero di anziani (25% della popolazione >65 anni) e persone sole (36%) del comune di Perugia.

Ma il vero problema è che la programmazione in atto per Perugia è "al ribasso" (meno Case e Ospedali di Comunità degli standard del DM 77 e di conseguenza meno operatori ecc.) e che la carenza di risorse per la sanità e la riduzione di personale sanitario rischiano di trasformare questi luoghi in scatole vuote.

Quello che noi vorremmo invece è che **quella offerta dal DM 77 e dal PNRR sia sfruttata come un'enorme opportunità per recuperare la prossimità delle cure**, collegando in rete le case della comunità con gli altri servizi sanitarie e sociali del territorio e soprattutto con l'ospedale di città, **per garantire la presa in carico delle persone** con la medicina d'iniziativa, rispondendo alle complessità cliniche e sociali con una adeguata complessità organizzativa.

In questo modo le cure primarie (MMG, PLS, Specialisti Territoriali, Infermieri di Famiglia o Comunità ecc.), con dotazioni di tecnologie di I livello e contributo dei servizi sociali e del volontariato, possono gestire pro-attivamente le persone con patologie croniche e/o disabilità, seguendole e curandole il più possibile a casa, e sottraendole anche al calvario dei ricoveri impropri, o delle liste d'attesa per visite ed esami specialistici.

E soprattutto recuperando la relazione, il patto e la fiducia del cittadino.

*A fronte di quanto detto, quale è il ruolo del Sindaco e della amministrazione comunale ?*

Anche se la delega in materia sanitaria è regionale, **il Sindaco, rimane referente e primo responsabile della salute di una Comunità, in quanto chiamato a pronunciarsi sulla programmazione e localizzazione dei servizi sanitari** ed a valutare l'attività svolta dai direttori generali delle aziende sanitarie, anche **presentando alle aziende sanitarie locali osservazioni e proposte** per la salvaguardia del diritto alla salute e della dignità dei propri cittadini.



Senza tralasciare che il Comune è il **responsabile diretto di politiche che rappresentano**, come dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), **prerequisiti** senza i quali è impossibile esercitare il diritto alla salute: la casa, la scuola, i trasporti, la salubrità ambientale, la cultura, l'assistenza sociale e ovviamente la sanità pubblica.

A noi sembra che in questi 10 anni, il Comune, con la maggioranza uscente, abbia tenuto un profilo basso o sia stato assente, rispetto alle politiche della Regione, che hanno depotenziato la sanità in Umbria. Né tantomeno abbia esercitato in maniera efficace le azioni dirette di sua competenza sugli indispensabili prerequisiti OMS per la promozione e tutela della salute della comunità.

Per questi motivi, e per portare al centro del dibattito politico la priorità che la promozione e la difesa della salute deve avere in ambito comunale, abbiamo deciso di costituire la lista civica "Perugia per la sanità pubblica, collocata all'interno della coalizione di centro sinistra che ha come candidata sindaca Vittoria Ferdinandi.



## 2.2 DOSSIER SUI SERVIZI SANITARI, SOCIALI E SOCIO-SANITARI TERRITORIALI NEL COMUNE DI PERUGIA

### Analisi dell'esistente e riflessione sulla necessità di un rinnovato modello di welfare territoriale

In questo capitolo ci si pone l'obiettivo di illustrare lo stato dei Servizi sanitari territoriali del Comune di Perugia, che come si sa, insiste nel Distretto del Perugino, di cui fanno parte anche i Comuni di Corciano e Torgiano. I Servizi territoriali verranno analizzati con una breve scheda, che cerca di illustrare la distanza tra quanto viene effettivamente offerto e quanto invece prevede il DM 77/2022 e la DGR 1329/22, che è la delibera regionale che detta gli standard in applicazione della normativa nazionale. Non viene trattato il tema dell'Ospedale di Comunità, collocato nella nostra città presso l'ex Grocco, con 40 posti letto, che si rimanda ad altro specifico documento. Si cercherà altresì di approfondire il tema dell'integrazione socio-sanitaria e quello dei consultori. Occorre infine tenere presente che nella nostra Città, come del resto in molti altri territori dell'Umbria, esiste una importante tradizione di sanità territoriale, dalla quale non si può e non si deve prescindere, nella costruzione di una ipotesi di riorganizzazione e potenziamento della rete, alla luce del DM77/22.

#### Il Decreto Ministeriale 77 del 23 maggio 2022

La Riforma dell'assistenza territoriale definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, che mira ad una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze, definendo un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria, fondato su standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a tutti i cittadini il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.

Obiettivi della riforma sono:

- Facilitare la presa in carico dei pazienti affetti da problemi di salute perlopiù complessi, in un'ottica di prossimità e di integrazione tra la rete assistenziale territoriale, l'ospedale e le cure specialistiche.
- Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.
- Allineare la sanità territoriale agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei.

I punti chiave sono:

- **Le Case della Comunità** - Aperte fino a H24, 7 giorni su 7, finanziate per lo più con i fondi del PNRR, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione, favorendo l'integrazione tra i servizi sanitari e i sociali; per la costruzione della rete dei servizi vengono individuate Case di Comunità HUB (il centro della rete) con un numero maggiore di servizi, in rete con le Case di Comunità SPOKE (raggi) più piccole e periferiche. Il DM 77 prevede una Case di Comunità HUB ogni 50.000 abitanti
- **L'Assistenza domiciliare** - Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile, nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, spesso anche socio economica, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana del paziente, molto spesso anziano. Quando intervengono sullo stesso paziente più figure professionali contestualmente si parla di assistenza domiciliare integrata (ADI).
- **L'Infermiere di Famiglia e Comunità** - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali ai pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.





- **Le Unità di continuità assistenziale** - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.
- **La Rete delle cure Palliative** - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e/o in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.
- **I Consulenti** - Il Consultorio Familiare deve garantire attività rivolta alla donna, alla coppia e ai minori con prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza. Il DM77 così come la DGR 1329/22 ne prevedono 1 ogni 20.000 abitanti. Questo rapporto scende a 1 ogni 10.000 nelle zone interne / rurali.
- **La Telemedicina** Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione
- **La Centrale Operativa Territoriale- COT** - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza, ma anche con gli ospedali nel caso di dimissione protetta o con i PUA territoriali per problemi complessi.
- **L'Ospedale di comunità** - È una struttura sanitaria di ricovero, che fa parte dell'Assistenza Territoriale, con 20 posti letto ogni 50-100.000 abitanti, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei ai fabbisogni sociosanitari, alla stabilizzazione clinica, al recupero dell'autonomia e più prossimi possibile al domicilio.

### **I Servizi della rete territoriale del Comune di Perugia**

Di seguito vengono presentati i Centri di Salute attualmente esistenti nel Comune di Perugia (le informazioni sono tratte da quanto pubblicato nel sito WEB dell'Azienda USL Umbria 1 a marzo 2023).

Come già detto all'inizio, non vengono presi in considerazione il Centro di Salute di Ellera – Corciano e Torgiano, perché insistono in due Comuni diversi.. Tra i Centri di Salute, quello di Ponte San Giovanni viene già indicato come HUB, perché così viene considerato sia dagli atti ufficiali regionali, che da quelli della USL Umbria 1. Pertanto viene confrontato con gli standard di servizi e di personale individuati per le Case di Comunità HUB nel DM77/22.

Altro ragionamento deve essere fatto invece per il Centro di Salute Perugia Centro, che dovrebbe trovare collocazione a Montelucente, rispetto alla quale si rimanda all'ultimo documento elaborato.

Le sue dotazioni sono comunque state confrontate con gli standard degli HUB.

Per quanto riguarda la terza Casa di Comunità, di cui Perugia dovrebbe essere dotata in ragione del numero degli abitanti, si rimanda al capitolo relativo all'analisi delle criticità.



CASA DI COMUNITÀ “PERUGIA NORD-EST “	CENTRO DI SALUTE “PERUGIA NORD-EST “
	Responsabile: Dott.ssa Michela CARDAMONE   Tel. 075.5412309 Coordinatore inf: Anna Maria Bellucci   Tel. 075.5412316 mail: cds.psgiovanni@uslumbria1.it Sedi di erogazione delle prestazioni:
<b>HUB</b>	<b>PONTE SAN GIOVANNI</b> – Via Cestellini c/o Centro Commerciale Apogeo
<b>Servizi previsti</b>	<b>Servizi esistenti</b>
<b>Macro- area SERVIZI GENERALI (e logistici)</b>	
servizi di accoglienza per gli utenti: - area CUP - area amministrativa	<b>CUP</b> Dal lunedì al venerdì dalle ore 07.30 alle 19.00 * Sabato dalle ore 07.30 alle 12.30 * <b>Servizio Amministrativo:</b> (comprese autorizzazioni per Assistenza Integrativa): Tel. 075.5412336   Giorni e orari di apertura: lunedì, mercoledì e venerdì ore 09.00 -12.00
servizi di accoglienza per il personale sanitario e non: spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.)	ok
servizi logistici: archivi, magazzini, depositi...	ok
locali tecnici: locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA	ok
<b>Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITA'</b>	
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo	
assistenza medica H24/12	Guardia medica / Continuità Assistenziale tutti i Sabati e i giorni Festivi e Prefestivi ore 08.00-20.00 Notturmi: ore 20.00-08.00 Solo sede Via della Pallotta
servizi infermieristici h 12 7 giorni su 7	<b>Servizio Infermieristico Ambulatoriale:</b> Tel. 075.5412324-23 per informazioni chiamare dopo le ore 10.30 Giorni e orari di apertura: da Lunedì a Venerdì ore 10.30–12.30, Sabato ore 10.30–12.00
ambulatori Infermieri di famiglia e comunità (vedi sotto area cure primarie)	
assistenza domiciliare	<b>Servizio Infermieristico Domiciliare:</b> su attivazione del medico curante e con prenotazione da effettuare presso il Servizio Infermieristico Ambulatoriale
assistente sociale	<b>Servizio Sociale professionale:</b> Tel. 075.5412312 martedì ore 10.00-12.00   Tel. 075.5412313 mercoledì ore 10.00-12.00
sportello e uffici sede servizi di prevenzione	<b>Ambulatorio Vaccinazioni:</b> Le sedute delle vaccinazioni sono stabilite con un calendario mensile, per informazioni chiamare Martedì, Giovedì e Venerdì dalle ore 9.00 alle 12.00)
<b>Macro-Area CURE PRIMARIE</b>	
Ambulatori MMG	<b>AFT20306 – AFT Ponte San Giovanni</b> via Cestellini c/o Centro Apogeo, Perugia Tel. 075 5412311
Ambulatori PLS	
Ambulatori Infermieri di famiglia e comunità	vedi servizio infermieristico
1 consultorio ogni 20.000 abitanti con possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case di Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.	<b>Consultorio:</b> Tel. 075. 075.5412331   Orari di apertura: Lunedì, Martedì e Venerdì ore 09.00-12.00, Giovedì ore 15.30-17.30   Per informazioni ed appuntamenti consultare il Servizio



	<b>Servizio Riabilitazione:</b> Tel. 075.5412332 -33-28 Per informazioni e orari dettagliati consultare i singoli Servizi oppure contattare il Centro dal lunedì al venerdì ore 08.00–13.00
<b>Macro-Area SPECIALISTICA</b>	
diagnostica di base	
area prelievi	<b>Servizio Prelievi:</b> Giorni e orari di apertura dal lunedì al sabato dalle ore 07.30 alle 10.30
servizi ambulatoriali specialistici	<b>Prestazioni specialistiche</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auricoloterapia</li> <li>2. Cardiologia</li> <li>3. Chirurgia</li> <li>4. Chirurgia plastica e ricostruttiva</li> <li>5. Dermatologia</li> <li>6. Diabetologia-dietologia/nutrizione clinica</li> <li>7. Diagnostica vascolare</li> <li>8. Endocrinologia</li> <li>9. Fisiatria</li> <li>10. Ambulatorio fisiatrco "Progetto scoliosi" (età 0-18 anni)</li> <li>11. Neurologia</li> <li>12. Oculistica</li> <li>13. Ortognatodonzia</li> <li>14. Ortopedia</li> <li>15. Otorino</li> <li>16. Reumatologia</li> <li>17. Ambulatorio ecografico ginecologico</li> </ol>
<b>SPOKE</b>	<b>CDS PONTE FELCINO</b> <b>– Via Mastrodicasa 80/A   Tel. 075.5911111</b>
	Responsabile: Dott. – -  Tel. 075.5911140 E-mail: cspfalcino@uslumbria1.it Coordinatore inf: Susanna Becchetti
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	?
	<b>URP e Servizio Amministrativo</b> (comprese autorizzazioni per Assistenza Integrativa): dal Lunedì al Sabato ore 08.00–12.30   Martedì e Giovedì ore 15.00 – 17.00
	Anagrafe: dal Lunedì al Venerdì ore 08.30–13.00   Sabato ore 08.30–12.30
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	<b>CUP</b> dal Lunedì al Venerdì ore 07.30–13.30   Sabato ore 07.30-13.00
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	
Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche	<b>Servizio Infermieristico:</b> Tel. 075.5911138   Orari di apertura servizio <b>Ambulatoriale</b> dal Lunedì al Sabato ore 07.30–13.30
	<b>Ambulatorio Vaccinazioni:</b> Tel. 075.5911139
Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);	<b>AFT20307 – AFT Ponte Felcino</b> – Via Mastrodicasa 80/A
Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.	



SPOKE	PUNTO DI EROGAZIONE PONTE PATTOLI - Via Mastrodicasa 80/A   Tel. 075.5911111
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	
Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche	<b>Prelievi ematici:</b> Giovedì ore 07.30-09.30  <b>Ambulatorio Infermieristico:</b> Tel. 075.5412551
Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);	
Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.	



CASA di COMUNITA' "PERUGIA SUD-OVEST" "????"	CENTRO DI SALUTE "PERUGIA SUD-OVEST"
	Responsabile: Dott.ssa Elena FALSETTINI Coordinatore inf: Patrizia Scalabrini <i>Sedi di erogazione delle prestazioni:</i>
HUB ?????	<b>SAN SISTO</b> – Piazza Martinelli 9 (nei pressi della Biblioteca Comunale e Teatro Brecht)
<b>Servizi previsti</b>	<b>Servizi esistenti</b>
	Giorni e orari di apertura: Dal Lunedì al Sabato ore 07.30-13.00 il pomeriggio in base ai singoli servizi Per informazioni e orari dettagliati consultare i singoli servizi o contattare il Centro di Salute dal Lunedì al Sabato ore 08.30-12.30 Tel. 075 5292288
<b>Macro- area SERVIZI GENERALI (e logistici)</b>	
servizi di accoglienza per gli utenti: - area CUP - area amministrativa	<b>CUP</b> Dal lunedì al sabato dalle ore 07.30 alle 13.00 * (dalle ore 12.30 alle 13.00 è presente solo un operatore) <b>Servizio amministrativo</b> (comprese autorizzazioni per Assistenza Integrativa): dal Lunedì al Sabato ore 08.30-12.30 Tel. 075 5292288
servizi di accoglienza per il personale sanitario e non: spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.)	ok?
servizi logistici: archivi, magazzini, depositi...	ok?
locali tecnici: locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA	ok?
<b>Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITA'</b>	
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo	?
assistenza medica H24/12	<b>no</b>
servizi infermieristici h 12 7 giorni su 7	<b>Servizio infermieristico:</b> Tel. 075.5416075   Giorni e orari di apertura: dal Lunedì al Sabato ore 09.30-12.00
ambulatori Infermieri di famiglia e comunità (vedi sotto area cure primarie)	
assistenza domiciliare	vedi servizio infermieristico
assistente sociale	<b>Servizio Sociale:</b> Venerdì ore 08.30-10.30 Tel. 075 5416362
sportello e uffici sede servizi di prevenzione	<b>Ambulatorio vaccinazioni:</b> su appuntamento
<b>Macro-Area CURE PRIMARIE</b>	
Ambulatori MMG	<b>no</b>
<b>Ambulatori PLS</b>	<b>no</b>
Ambulatori Infermieri di famiglia e comunità	<b>vedi servizio infermieristico</b>
<b>Macro-Area SPECIALISTICA</b>	
diagnostica di base	<b>no</b>
area prelievi	vedi servizio infermieristico
servizi ambulatoriali specialistici	<b>no</b>
1 consultorio ogni 20.000 abitanti con possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case di Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.	<b>no</b>



<b>SPOKE ?</b>	<b>MADONNA ALTA</b> – Via Pian della Genna 2
<b>Servizi previsti</b>	<b>Servizi esistenti</b>
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	
	<b>Servizio Sociale:</b> Lunedì ore 08.30-10.30 Tel. 075 075.5412562   Mercoledì ore 08.30-10.30 Tel. 075.5412561
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	<b>no</b>
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	<b>?</b>
Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche	<b>Servizio infermieristico:</b> Tel. 075.5412565   Giorni e orari di apertura: Lunedì, Mercoledì, Venerdì ore 09.00-11.30
Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);	<b>AFT20302 – AFT Madonna Alta</b> – Via Pian della Genna 2
Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.	<b>no</b>
<b>SPOKE ?</b>	<b>CASTEL DEL PIANO</b> – Via Strozzeapponi
<b>Servizi previsti</b>	<b>Servizi esistenti</b>
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	
	<b>Servizio Sociale:</b> Martedì ore 08.30-10.30 Tel. 075 5159536
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Martedì, giovedì e sabato dalle ore 07.30 alle 11.30
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	<b>?</b>
Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche	<b>Servizio infermieristico:</b> Tel. 075 5159534   Giorni e orari di apertura: Martedì, Giovedì, Sabato ore 09.00-11.30
Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);	<b>AFT20305 – AFT Castel del Piano</b> Punto di Erogazione Castel del Piano via Strozzeapponi, Perugia
Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.	<b>no</b>



CASA di COMUNITA' "PERUGIA CENTRO"	CENTRO DI SALUTE "PERUGIA CENTRO"
	Responsabile: Dott.ssa Cristina LAVORGNA   Tel. 075.5412642 cspgcentro@uslumbria1.it Coordinatore inf: Elisabetta Dazzini Sedi di erogazione delle prestazioni:
<b>HUB</b>	<b>VIA XIV SETTEMBRE 75</b>
<b>Servizi previsti</b>	<b>Servizi esistenti (attualmente in altre sedi)</b>
<b>Macro- area SERVIZI GENERALI (e logistici)</b>	
servizi di accoglienza per gli utenti: - area CUP - area amministrativa	<b>Servizi Amministrativi</b> (comprese autorizzazioni per <b>Assistenza Integrativa</b> ): Tel. 075.5412607-2711   Fax 075.5412628   Orario di apertura: Martedì e Mercoledì ore 08.30-12.00
servizi di accoglienza per il personale sanitario e non: spogliatoi, aree relax, locale coordinatore, ecc.)	nr
servizi logistici: archivi, magazzini, depositi...	nr
locali tecnici: locali tecnici, centrale tecnologica, locali UTA	nr
<b>Macro-Area ASSISTENZA DI PROSSIMITA'</b>	
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e amministrativo	
assistenza medica H24/12	<b>Guardia medica</b> – Via della Pallotta 42 c/o Centro Servizi Grocco <b>Tutti i Sabati e i giorni Festivi e Prefestivi ore 08.00-20.00</b> (entrambe le Sedi) <b>Notturni ore 20.00-08.00</b> (Solo sede di Perugia Via della Pallotta 42)  <b>AFT20301 – AFT Perugia Centro</b> Polimambulatorio Europa Palazzina Ambulatori, Piano +1 Ala Nord Tel. <u>075.5412980</u>
servizi infermieristici h 12 7 giorni su 7	<b>Servizio Infermieristico:</b> Tel. 075.5412641
ambulatori Infermieri di famiglia e comunità (vedi sotto area cure primarie)	Orari di apertura servizio: <b>Ambulatoriale</b> e per prenotazione prestazioni ambulatoriali: dal Lunedì al Sabato ore 09.00-12.00   Orari di apertura servizio <b>Domiciliare:</b> dal Lunedì al Sabato ore 07.00–13.00
assistenza domiciliare	vedi servizio infermieristico
assistente sociale	<b>Servizio Sociale professionale:</b> Lunedì ore 08.30-10.30 Tel. 075.5412649   Mercoledì ore 08.30-10.30 Tel. 075.5412698   Mercoledì ore 15.00-17.00 Tel. 075.5412645   Giovedì ore 15.30-17.30 Tel. 075.5412650 Per altre informazioni e orari dettagliati consultare i singoli Servizi oppure contattare il Centro dal Lunedì al Sabato ore 08.00–13.00
sportello e uffici sede servizi di prevenzione	<b>Ambulatorio vaccinazioni:</b> su appuntamento



<b>Macro-Area CURE PRIMARIE</b>	
Ambulatori MMG	<b>AFT20301 – AFT Perugia Centro</b> Poliambulatorio Europa Palazzina Ambulatori, Piano 1 Ala Nord
Ambulatori PLS	<b>no</b>
Ambulatori Infermieri di famiglia e comunità	<b>vedi servizio infermieristico</b>
<b>Macro-Area SPECIALISTICA</b>	
diagnostica di base	<b>no</b>
area prelievi	vedi servizio infermieristico
servizi ambulatoriali specialistici	vedi Poliambulatorio Europa
<b>1 consultorio ogni 20.000 abitanti</b> con possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case di Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.	<b>ATTIVITÀ CONSULTORIALE presso:</b> <b>-CONSULTORIO MADONNA ALTA</b> , Via Pian della Genna n.1   Tel. 075.5412570 (per appuntamenti contattare il servizio) <b>CONSULTORIO "GIOVANI"</b> (accesso diretto per ragazze fino a 20 anni) Presso <b>CONSULTORIO MADONNA ALTA</b> , Via Pian della Genna n.1 Tel. 075.5412570: Martedì ore 15.00-17.30 <b>Servizio Psicologico Giovani:</b> Presso <b>CENTRO DI FORMAZIONE</b> , Padiglione Neri, Parco Santa Margherita primo accesso dal lunedì al venerdì su appuntamento   email: <a href="mailto:psicologicogiovani@uslumbria1.it">psicologicogiovani@uslumbria1.it</a>
	<b>Inoltre sono disponibili nell'area territoriale del CDS:</b>
	<b>Ambulatorio Medico Migranti:</b> Martedì ore 11.00-13.00, Mercoledì e Giovedì ore 13.00-17.00 (Accesso senza prenotazione e documenti)
	<b>Poliambulatorio Europa</b> , sede principale della S.S. Assistenza Specialistica del Distretto del Perugino : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulatorio TAO</li> <li>2. Ambulatorio Ecografico</li> <li>3. Ambulatorio nutrizione</li> <li>4. Auricoloterapia</li> <li>5. Cardiologia</li> <li>6. Chirurgia</li> <li>7. Chirurgia plastica e ricostruttiva</li> <li>8. Chirurgia - Senologia</li> <li>9. Dermatologia</li> <li>10. Servizio di diabetologia</li> <li>11. Diagnostica vascolare</li> <li>12. Elettromiografia</li> <li>13. Endocrinologia</li> <li>14. S.S Gastroenterologia - Endoscopia digestiva</li> <li>15. Fisiatria</li> <li>16. Ginecologia</li> <li>17. Neurologia</li> <li>18. Oculistica</li> <li>19. Odontoiatria e chirurgia implantare ed implanto-protesi</li> <li>20. Ortopedia</li> <li>21. Otorino</li> <li>22. Punto prelievi POL. EUROPA</li> <li>23. Reumatologia</li> <li>24. Urologia</li> <li>25. S.S.D. Senologia e Radiologia - Senologia</li> <li>26. S.S.D. Senologia e Radiologia - Servizio Radiologico</li> <li>27. Servizio Consultoriale: Ambulatorio spazio menopausa</li> <li>28. Servizio consultoriale - Ambulatorio dietetico in menopausa</li> <li>29. Servizio consultoriale - Ambulatorio rieducazione e riabilitazione del pavimento pelvico</li> </ol>





<b>SPOKE ?</b>	<b>SAN MARCO – Strada Perugia San Marco 95-95L, Loc. “Le Fornaci</b>
<b>Servizi previsti</b>	<b>Servizi esistenti</b>
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	<b>Servizi Amministrativi</b> (comprese autorizzazioni per Assistenza Integrativa): Tel. 075.5412784   Orario di apertura: Lunedì e Giovedì ore 08.30–12.00
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento	
Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche	<b>Servizio Infermieristico:</b> Tel. 075.5412785   Orari di apertura servizio: <b>Ambulatoriale</b> e per prenotazione prestazioni ambulatoriali: dal Lunedì al Venerdì ore 09.00–12.00   Orari di apertura servizio <b>Domiciliare:</b> dal Lunedì al Sabato ore 07.00–13.00 Per altre informazioni e orari dettagliati consultare i singoli Servizi oppure contattare il Centro dal Lunedì al Venerdì ore 08.00–12.30 <b>Ambulatorio Vaccinazioni:</b> Tel. 075 5412789 (Per le sedute vaccinali contattare l'ambulatorio Lunedì, Martedì, Mercoledì e Venerdì ore 09.00 -12.00)
Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);	vedi servizio infermieristico <b>AFT20303 – AFT San Marco</b> Punto di Erogazione San Marco strada Perugia-San Marco 81, Loc. Le Fornaci, Perugia Tel. 075 5412788
Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.	<b>Consultorio:</b> Tel. 075 45614 (mercoledì ore 08.30-12.00   per appuntamenti contattare il servizio) Per altre informazioni e orari dettagliati consultare i singoli Servizi oppure contattare il Centro dal Lunedì al Venerdì ore 08.00–12.30

## L' integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria è disciplinata come modalità di coordinamento delle prestazioni socio-sanitarie, intese come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono accanto a prestazioni sanitarie, azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di inclusione. Nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie si evidenziano:

- **Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- **Le prestazioni sanitarie ad elevato impegno socio-assistenziale**, caratterizzate da particolare rilevanza e intensità della componente sanitaria, che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, disabilità, patologie psichiatriche e dipendenze da droghe, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Ciascuna tipologia è attribuita a uno specifico livello istituzionale: le prestazioni afferenti alla prima categoria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalle norme regionali. Le seconde sono assicurate dalle Aziende Sanitarie e comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria

Il compito di garantire l'integrazione socio-sanitaria è attribuito al Distretto, articolazione organizzativa dell'Azienda USL . Nelle Case di Comunità HUB è previsto che sia collocato il **PUA (il Punto Unico di**



**Accesso)** dove arriva la domanda di assistenza ad un cittadino da parte del medico curante, domanda che può essere di sole prestazioni sanitarie, ma quasi sempre è una domanda complessa di assistenza sanitaria e sociale assieme, che deve essere subito accolta dal Servizio Infermieristico e dal Servizio Sociale della Casa di Comunità al fine di trovare una soluzione integrata ai bisogni complessi del paziente.

Altro luogo di integrazione socio-sanitaria è la **UVM** (unità di valutazione multidisciplinare) in seno alla quale sono presenti non solo figure sanitarie ( come il fisiatra, il neurologo, il fisioterapista e l'infermiere e l'assistente sociale ) della USL, ma anche le assistenti sociali del Comune.

Il lavoro integrato a livello distrettuale tra assistenti sociali del Comune e le diverse figure professionali presenti nella Casa della Comunità non è soltanto fondamentale per dare risposta ai bisogni complessi dei cittadini, ma è l'unico modo per trovare soluzioni ai bisogni delle persone, che quasi mai sono bisogni semplici.

### **L' analisi delle criticità**

Il confronto tra le strutture esistenti, con le loro dotazioni in termini di risorse umane, e quanto previsto dal DM77/22 e dalla DGR 1329/22, consente di mettere in evidenza molto facilmente le gravi carenze che affliggono i servizi territoriali.

Prima di tutto occorre osservare che nella DGR 1329/22 vengono individuate 2 case di comunità HUB, una che corrisponde al CDS di Ponte San Giovanni e una inizialmente prevista in via XIV settembre e che, al contrario, a quanto sembra verrà costruita a Montelucente, nella sede del padiglione della ex Patologia Chirurgica.

**Appare quindi evidente come una parte della città, quella corrispondente alla zona sud-ovest (Madonna Alta, San Sisto, Castel del Piano) rimanga completamente priva di una Casa di Comunità con funzione di HUB. Se le condizioni strutturali dei tre CdS esistenti non permettono di individuare una unica struttura come HUB, appare comunque necessario organizzare una Casa di Comunità come HUB funzionalmente integrato.**

Altrettanto evidente è la **carezza di personale infermieristico**, poiché in nessuna delle strutture esistenti, neppure in quella che viene definita come Casa di Comunità HUB, a Ponte San Giovanni, il servizio infermieristico è aperto H12 6 giorni su 7, né tanto meno 7/7 giorni.

Sempre per quanto riguarda le Case della Comunità salta agli occhi come **manchi in tutte** le sedi uno dei punti cardini della riforma, ovvero la **presenza di medica H24**, che dovrebbe essere garantita dalla presenza degli ambulatori di Medici di Medicina Generale, degli ambulatori delle AFT (aggregazioni funzionali territoriali) nell'orario 12-16, nonché della continuità assistenziale.

In realtà quello che manca in tutte le strutture è proprio lo stretto rapporto con la Medicina Generale, che ovviamente deve fungere da attivatore dei servizi domiciliari, ma anche da coordinatori della presa in carico, sia sotto il profilo clinico che eventualmente sociale del paziente complesso.

Discorso a parte deve essere fatto per i consultori.

Il **Consultorio** familiare è il punto nodale per la presa in carico della gravidanza fisiologica, quindi il punto di partenza del percorso nascita, ma è anche il luogo dove vengono erogate attività di prevenzione, come lo screening cervicale, ma anche attività di promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna e della coppia. Il consultorio è una struttura a libero accesso oltre che naturalmente gratuita, dove deve essere possibile trovare non solo ostetriche e ginecologi, ma anche per esempio l'assistente sociale, per una eventuale presa in carico della coppia in condizioni di fragilità. A Perugia dovremmo avere almeno 8 consultori (1 ogni 20.000 abitanti) mentre in realtà ce ne sono solo 3. Stante la specificità di tale Servizio si rimanda ad un documento di approfondimento ad hoc.



## **Le proposte**

La Lista "Perugia per la Sanità Pubblica" ritiene quindi necessario:

- **Individuare la 3a Casa di Comunità per la parte sud ovest della Città (Madonna Alta - San Sisto-Castel del Piano) anche collegando funzionalmente le tre strutture esistenti**
- **adeguare nel più breve tempo possibile la dotazione di personale agli standard previsti dal DM 77/22 soprattutto per quanto attiene al personale infermieristico**
- **promuovere e favorire la presenza dei MMG in seno alle Case di Comunità HUB**
- **aumentare la disponibilità di consultori da 3 ad almeno 8**
- **promuovere l'integrazione tra professionisti, sia a livello distrettuale che tra Distretto e Comune, per una presa in carico completa dei bisogni socio-sanitari.**



## 2.3 IPOTESI DI UNA CASA DI COMUNITÀ A MONTELUCE punti di attenzione

L'annuncio della Presidente Tesei relativo alla costruzione di una Casa di Comunità a Monteluca, **al posto dello stabile della ex Patologia Chirurgica**, non può che essere accolto con favore, poiché da tempo auspicata sia dagli abitanti della zona, che dalle forze sindacali. La Casa di Comunità proposta può essere una valida alternativa all'immobile di via XIV settembre, che sebbene indicato da tutti gli atti programmatori sia regionali che di USL come sede di una possibile casa di comunità, è sempre stato considerato inadatto sotto il profilo logistico.

Tuttavia rischiamo di trovarci di fronte all'ennesimo annuncio a cui non seguono i fatti, come oramai avviene da anni.

Alcuni **elementi della proposta**, in base a quel poco che emerge dalle notizie che sono circolate sull'argomento e che non trovano al momento conferme ufficiali, **suscitano infatti molti dubbi**, rispetto al fatto che il tutto venga realizzato in modo da rendere un servizio adeguato alla cittadinanza.

La Presidente della Regione ha infatti annunciato che entro aprile 2024 sarà pronto il progetto della Casa di Comunità di Monteluca e che i lavori saranno appaltati a maggio 2024 e conclusi entro il 2025. È opportuno verificare, in base alle normative, i **termini** e le **procedure** necessarie per garantire un corretto svolgimento delle diverse gare di affidamento servizi e lavori. Dovranno essere chiarite anche le **modalità** con le quali verrà finanziata l'opera.

Non è stato possibile reperire atti amministrativi da cui individuare le procedure seguite.

Il fabbricato, ad oggi (8 marzo) **non è stato ancora acquistato**. Fintanto che non sarà di proprietà della USL la stessa non può operare in modo ufficiale.

Suscita pertanto perplessità la possibilità di svolgere una **gara di affidamento** e quindi di elaborare un **progetto esecutivo** (richiesto per l'affidamento dei lavori) nei tempi indicati senza la proprietà dell'immobile.

Dubbi anche per i **tempi di affidamento ed esecuzione dei lavori**.

Anche presupponendo di fare ricorso ad un progetto integrato e ad una centrale di committenza, i tempi per fornire un progetto ed eseguire i lavori non possono essere compressi oltre modo, soprattutto in relazione ai costi dell'intervento che possono ammontare a qualche milione di euro (nel 2017 la USL Umbria 1, in un comunicato stampa, parlava di 5 milioni di euro).

Il progetto deve inoltre essere **approvato** dal committente, dai vari organismi e dalle amministrazioni preposte alla tutela ambientale, del patrimonio culturale, del paesaggio e della salute. Anche con una conferenza di servizi, i tempi non possono essere schiacciati in quanto ogni singolo attore necessita di conoscere e valutare gli elaborati da approvare.

È pertanto necessario vigilare sulla **veridicità** di quanto dichiarato dalla Presidente della Regione. Particolare attenzione si dovrà prestare, non appena saranno disponibili gli atti amministrativi, sul rispetto delle normative tecniche e finanziarie.

Per quanto riguarda invece gli aspetti più tecnici sotto il profilo sanitario, ovvero i servizi che dovrebbero essere contenuti in seno alla cosiddetta Casa di Comunità, occorre innanzitutto ricordare che la **DGR 1329 del 14.12.2022 - Approvazione del documento "Riorganizzazione assistenza territoriale in Umbria, come indicato dal DM77/2022"** individua nel comune di Perugia **2 Case di Comunità HUB** (una a Ponte San Giovanni e una a Perugia in via 14 settembre). La Casa di Comunità secondo il suddetto documento è vista come un luogo di prossimità, dove il cittadino accede per entrare in contatto con l'assistenza sanitaria territoriale, che dà risposte, secondo un modello organizzativo caratterizzato da un approccio integrato e multidisciplinare. La Casa di Comunità rappresenta anche il luogo in cui il SSR si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali, per offrire una risposta integrata a bisogni di salute complessi.

Per rispondere alle differenti esigenze del territorio, garantendo equità di accesso, capillarità e prossimità le case di comunità, tenendo anche conto della attuale articolazione dei servizi territoriali nel Comune di Perugia, a sua volta ovviamente inserito nel Distretto del Perugino, dovranno essere collegate in rete, secondo il modello HUB-SPOKE.



In base al DM 77/22 la Casa di Comunità HUB deve erogare servizi raggruppabili in 4 macro aree omogenee:

1. **Macroarea ASSISTENZA DI PROSSIMITA'**(PUA, servizio sociale con un assistente sociale, servizio infermieristico domiciliare,
2. **Macroarea CURE PRIMARIE** (MMG organizzati nella medicina di gruppo, PLS, infermieri di famiglia etc)
3. **Macroarea SPECIALISTICA** (punto prelievi, diagnostica di base, servizio riabilitazione, cure palliative etc.)
4. **Macroarea SERVIZI GENERALI E LOGISTICI** (area CUP, area amministrativa etc...)

Va ricordato infine che gli standard previsti dalla delibera regionale, ovviamente mutuati dal DM 77/22, per una **Casa di Comunità HUB** prevedono

- **presenza medica h24, 7 giorni su 7**
- **presenza infermieristica h12, 7 giorni su 7**
- **equipe multiprofessionali**
- **punto prelievi e servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità**

Non deve essere peraltro dimenticato che in seno alla Casa di Comunità deve essere collocato anche il **consultorio familiare**, che necessita di spazi ad hoc, non riconducibili esclusivamente a quelli diagnostici quali

- ambulatorio dedicato allo screening cervicale
- ambulatorio dedicato al controllo della gravidanza e alla diagnostica ginecologica
- spazio per gli incontri con la coppia, con i giovani, di informazione/educazione alla menopausa
- spazio per i corsi di preparazione al parto.

È importante quindi conoscere **quali sono i servizi** che si intende allestire nella nuova Casa di Comunità, tenendo conto del fatto che proprio in questi giorni la Direzione Regionale Salute sta discutendo con le rappresentanze sindacali dei MMG, rispetto alla presenza dei MMG in seno alla Casa di Comunità alla luce del cosiddetto "rapporto unico" previsto dal nuovo accordo nazionale. È comunque indispensabile prevedere spazi per la medicina generale, dove, organizzata in AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale), possa svolgere attività clinica ad integrazione di quella svolta nei propri studi, che preveda la presa in carico della cronicità, la medicina d'iniziativa e l'utilizzo di tecnologia di primo livello.

L'immobile ex Patologia Chirurgica che dovrebbe essere acquistato dall'USL, potrebbe quindi non avere spazi sufficienti ad accogliere tutti i servizi che erano in precedenza nello stabile di via XIV settembre, considerando che oltre al Centro di Salute (assimilabile ad una Casa di Comunità SPOKE) **insistevano in quella struttura anche il consultorio e il Servizio Giovani**, più eventualmente una AFT.

La superficie dell'immobile (sempre in base al comunicato stampa del 2017) è di 2500 mq mentre in via XIV Settembre si possono stimare circa 3000 mq occupati dalla USL. Il centro salute occupava poco più di un piano (720 mq). Ma sono numerosi i vincoli, urbanistici, edilizi, monumentali, paesaggistici, che gravano sulla struttura di Montelucre limitando la disponibilità delle superfici.

Altro parametro da non sottovalutare è come risolvere i problemi legati alla **viabilità** e ai parcheggi e alla logistica, tenendo conto che essendo individuata come Casa di Comunità HUB dovrà/potrà accedere a tale struttura la popolazione proveniente dalla parte centrale della Città, fino a San Marco, Cenerente ect.

L'impossibilità di avere conoscenza degli atti relativi all'intervento, non solo dal punto di vista tecnico e la mancata partecipazione dello stesso, non permette di fare considerazioni più precise in merito. Sarà necessario quindi verificare, quando sarà disponibile il progetto, quali saranno stati i criteri adottati nella scelta e nel dimensionamento dei servizi che vi saranno inseriti, tenendo conto che il progetto stesso dovrà rispondere non solo alle indicazioni dettate dalle varie norme, ma soprattutto alle esigenze della popolazione.



## 2.4 I CONSULTORI A PERUGIA

A Perugia (ed in Umbria) i consultori sono stati una realtà molto avanzata già dai primi anni '70. In base alla Legge regionale 57 del 1974 - che si occupava di procreazione responsabile, sessualità, infanzia ed età evolutiva - un anno prima della legge nazionale fu creato il primo consultorio cittadino - che con la L. 405/75 diventerà il consultorio pubblico.

Il consultorio ha rappresentato per intere generazioni di perugini e perugine uno spazio aperto di confronto, una conquista per la libera scelta della maternità, della contraccezione, la gestione della gravidanza e per conoscere il proprio corpo e parlare di sessualità. Un luogo pubblico in cui si è lavorato, in équipe multidisciplinare, per la promozione della salute globale, integrando gli aspetti gli aspetti sociali, sanitari, psicologici e relazionali con attività di tipo ambulatoriale (visite ginecologiche ed ostetriche) per la salute dell'apparato riproduttivo, lo screening dei tumori della cervice uterina, la tutela e il monitoraggio di gravidanza/puerperio e allattamento.

Una risposta fondamentale per la tutela della maternità e dell'interruzione di gravidanza (legge 194). Qui donne il più delle volte sole, smarrite, preoccupate, sono state accolte, ascoltate, sostenute per essere avviate al percorso migliore per loro. Perché il consultorio non spinge, non convince, non guida, non giudica, ma tocca con mano sofferenza e dolore della scelta ed 'accompagna' la persona, come ogni servizio pubblico dovrebbe fare, garantendo una pluralità di risposte secondo le esigenze e le risorse di ognuna.

Ma soprattutto il consultorio ha operato, negli anni, **evolvendo man mano l'attività per rispondere ai bisogni emergenti**: in ambito di sessualità, violenza sulle donne, salute dei migranti, adolescenza.

Così sono nate iniziative, spesso innovative, come il **Consultorio giovani** aperto nel 1990 e tutt'ora attivo (anche se ora vi è venuto meno lo spazio Maschio che offriva risposte anche a bisogni per cui molti ragazzi si rivolgevano all'andrologo), pensato come luogo che, pur mantenendo una valenza sanitaria, fosse anche un'opportunità per accogliere i nuovi bisogni ed il disagio di ragazzi e ragazze. O gli **Sportelli di ascolto nelle scuole**, come risposta organizzativa e culturale di superamento della mentalità "di attesa" in servizio, per entrare nella logica "di andare verso" i luoghi di vita dei giovani. E non solo nelle scuole, ma anche in spazi ludici, ricreativi (discoteche o centri di aggregazione), perché l'obiettivo era quello della promozione della salute e prevenzione fra gli adolescenti. Oppure ancora lo **Spazio donne/famiglie immigrate**, che si avvale di mediatrici culturali ed è rivolto dedicato a cittadine straniere che a causa della barriera linguistica e culturale hanno difficoltà ad orientarsi all'interno dei servizi sanitari.

Ma negli ultimi anni, già in era pre-Covid, il generale declino del sistema sanitario pubblico ha coinvolto pesantemente anche i consultori della nostra regione.

Da una fotografia della situazione risalente ad un'indagine nazionale del Istituto Superiore di Sanità 2018-19<sup>2</sup> emergeva in Umbria una tendenziale debolezza delle funzioni di governo dei servizi consultoriali (carenza di documenti di programmazione e valutazione, di budget dedicato, di organismi di coordinamento, di atti formali di integrazione con altri attori sociali come scuola, servizi sociali comunali, terzo settore ecc.).

Ciò nonostante l'indagine del 2018-19 osservava ancora una sostanziale "tenuta" dei Consultori Familiari: la diffusione dei CF era sopra la media nazionale (1 ogni 23000 residenti), l'erogazione delle prestazioni restava gratuita (salvo tamponi e Pap test non da screening), i volumi d'attività (N prestazioni per 100 residenti) e la capacità attrattiva (N medio utenti per 100 abitanti) nella popolazione generale erano molto superiori della media nazionale. Come più elevata era la capacità attrattiva dei giovani di 14-19 anni, in linea col fatto che era più alta della media nazionale la presenza di spazi dedicati ai giovani o il numero di iniziative rivolte alle scuole.

In generale l'utilizzo della modalità di offerta attiva era alta rispetto alla media nazionale, così come alta era l'offerta di corsi di preparazione al parto e alla nascita, anche se le sedi che seguivano tutto il percorso della gravidanza erano meno della media nazionale.

<sup>2</sup> Rapporto ISTISAN 22/16 Pt.1 - Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019 – Umbria pag 92-100 in [https://www.iss.it/documents/20126/45616/16\\_22\\_web.pdf/f634d662-51f7-baff-e173-ec7b912b6d3d?t=1581095593527](https://www.iss.it/documents/20126/45616/16_22_web.pdf/f634d662-51f7-baff-e173-ec7b912b6d3d?t=1581095593527)



La percentuale di singole sedi di CF che offrivano lo screening della cervice uterina era più bassa della media nazionale, ma l'adesione della popolazione target più alta, collocando l'Umbria fra le regioni con la più elevata adesione (68% vs 48% della media nazionale). Anche le dotazioni di personale medico e ostetrico nel biennio pre-Covid erano in linea o superiori alle medie nazionali, mentre la disponibilità oraria di figure come lo psicologo e l'assistente sociale erano già allora molto inferiori. Così come inferiore era la propensione al lavoro multidisciplinare.

Negli anni successivi però la situazione a Perugia è profondamente cambiata, collocando i **consultori in prima fila tra le vittime dei tagli al welfare territoriale**: basta citare l'assenza di indicazioni programmatiche a livello regionale, il blocco turn-over e la perdita della multidisciplinarietà. E sono davanti agli occhi di tutti le sedi fatiscenti di cui si è resa necessaria la chiusura (con la chiusura della sede di via XIV settembre **restano solo 2 su 3 le sedi principali realmente attive** a Perugia ed una, quella di Madonna Alta, è attualmente oggetto di lavori di manutenzione), la riduzione del personale (ormai tutti i parametri di personale sono inferiori alle medie nazionali, nonché agli standard del POMI-Progetto Obiettivo Materno Infantile<sup>3</sup>) e la sostanziale contrazione degli orari di apertura.

Tutte inefficienze che convogliano gli utenti verso la sanità privata, dove i costi troppo elevati sono inaccessibili a molte donne.

Ma proprio perché i consultori hanno sempre dimostrato resilienza e capacità di evolversi a fronte di nuovi bisogni di salute, è arrivato il momento di rispondere al declino, ribadendo con forza il mandato istituzionale e cogliendo l'opportunità offerta dal DM 77/22 sulla definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Visto che il mandato istituzionale è ribadito da norme nazionali e confermato da disposizioni regionali<sup>4</sup>, che delineano le funzioni e le attività del consultorio familiare (vedi ad es: Standard di Servizio della USL Umbria 1<sup>5</sup>).

Alla luce di questo mandato il DM 77 fornisce indicazioni strutturali precise per riqualificare e potenziare i Consultori, prevedendo:

- almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con possibilità di 1 ogni 10.000, preferibilmente all'interno o funzionalmente collegato alle Case della Comunità Hub o Spoke, come struttura...
- a libero accesso e gratuita
- deputata alla prevenzione e alla promozione della salute
- alla consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali e culturali correnti e al contesto comunitario di riferimento
- che tuteli la riservatezza
- caratterizzato da un approccio multidisciplinare e olistico
- che garantisca la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione.

## Proposte

Per fare questo a Perugia è improcrastinabile **il rafforzamento strutturale e di risorse umane dei servizi consultoriali**. La nostra proposta è la seguente:

- **riportare ad 8, come da standard del DM 77, i servizi consultoriali del Comune di Perugia**, prevedendone 3 nelle case di comunità Hub e 5 nelle case di comunità Spoke (gli altri centri di salute o punti di erogazione)
- **dotare le strutture di personale adeguato agli standard del Progetto Obiettivo Materno Infantile** (che prevede per ogni sede un ginecologo per 18 ore settimanali, 3-4 ostetriche per la copertura del servizio mattina e pomeriggio per tutta la settimana, uno psicologo per 18 ore settimanali e 1 assistente sociale per 36 ore settimanali), rendendo così possibili interventi multidisciplinari, nonché l'integrazione con le altre figure professionali del territorio (infermieri di comunità, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta ecc)
- **riqualificare gli spazi e le attrezzature**
- **ampliare all'intera giornata e settimana gli orari di apertura.**

<sup>3</sup> D.M. 24 aprile 2000 del Ministero della Sanità

<sup>4</sup> per una sintesi delle norme regionali umbre si veda a pag 92-93 la sezione sull'Umbria del Rapporto ISTISAN 22/16 Pt.1 - Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019

<sup>5</sup> <https://www.uslumbria1.it/wp-content/uploads/2022/06/SDS-Consultorio.pdf>



Così il consultorio tornerebbe ad essere un vero **servizio di prossimità, accessibile e inclusivo**, gratuito ed aperto a tutti, in grado di garantire, oltre le attività abituali, anche prestazioni innovative, come la gestione del IVG farmacologica (RU486), oppure la rieducazione/riabilitazione del pavimento pelvico (per donne gravide e puerpere, o per donne in menopausa con disfunzioni genitourinarie).

Perché per restare aperto ai vecchi e nuovi bisogni di salute delle persone è necessario recuperare nei consultori la buona pratica del coinvolgimento della cittadinanza in progetti condivisi che riguardino la salute materno infantile. Restituendo a questi presidi la loro vocazione di **servizi dedicati all'informazione ed educazione dei cittadini e all'integrazione con gli attori sociali del territorio**, che dialogano con la comunità continuando ad assicurare:

- l'accompagnamento durante tutto il percorso nascita, dall'epoca preconcezionale alla gravidanza e puerperio/allattamento al seno
- la valutazione e gestione clinica dei problemi ginecologici, uro-ginecologici ed andrologici
- l'educazione alla sessualità e la consulenza in ambito sessuologico
- il controllo della fertilità con la contraccezione e il supporto pre e post IVG,
- la valutazione e gestione della sterilità
- la prevenzione ma anche il follow up oncologico dei tumori femminili
- la gestione delle problematiche connesse alla menopausa
- la gestione delle problematiche psico-relazionali della coppia e genitoriali
- l'accoglienza e accompagnamento di donne vittime di violenza
- la prevenzione e gestione del disagio giovanile.





## 2.5 RAFFORZARE I SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE

### Idee e proposte per la città di Perugia

**La salvaguardia della salute mentale rientra in quel diritto alla salute che oggi appare fortemente minacciato. Ma un disinteresse particolarmente evidente è oggi riscontrabile in Umbria, e a Perugia, nei confronti di ogni forma di disagio psichico, ma soprattutto quello che colpisce giovani e bambini.**

È l'insieme dei servizi socio sanitari ad essere inadeguato rispetto a questo tipo di bisogno; il che è aggravato da una mancata connessione in rete di questi servizi. È evidente che le amministrazioni responsabili non sembrano interessate a investire risorse in questo campo e non solo risorse economiche, ma neppure quelle che consistono in iniziative di sensibilizzazione e coinvolgimento dei cittadini.

Non si può valutare la salute mentale solo in termini sanitari, come cura della malattia, ma si devono prendere in considerazione anche aspetti extra sanitari, facendo riferimento a tutto ciò che incide sul benessere delle persone.

Si pensi a come per i bambini ed i ragazzi la scuola costituisca una esperienza strutturante e di promozione evolutiva, talora anche a compenso di difficoltà relate ad altri contesti di vita; viceversa in specifici assetti psicologici la scuola stessa può attivare dinamiche disadattive ed orientare l'espressione patologica (fobie scolari, abbandoni precoci, ma anche avvicinamento alle dipendenze o a circuiti devianti, ecc.) che vanno tempestivamente prevenute.

**Lo stato penoso in cui sono lasciati i Centri di Salute Mentale è un sintomo di questa situazione e il degrado appare particolarmente evidente in questa città, perché essa ha sperimentato un'eccellenza frutto di una trasformazione radicale dell'assistenza psichiatrica, avviata con la chiusura del manicomio e la costruzione di servizi in tutto il territorio in un'epoca di più di un decennio anteriore alla riforma del 1978.**

Alcuni elementi di pregio che avevano caratterizzato la pratica di cura e il rapporto tra servizi e popolazione sono andati perduti (pensiamo ad esempio alle numerose e partecipate assemblee di cittadini sui temi della salute mentale). **Così anche nei Centri di Salute Mentale si sono moltiplicate le liste di attesa** (prima non esistevano), il che è fonte di grave danno per gli aventi bisogno perché per il disturbo mentale l'intervento è improcrastinabile; **la presa in carico delle situazioni è sempre meno forte** (si arriva a dare appuntamenti a un paziente in carico a distanza di mesi); **sono fortemente limitate le prestazioni più complesse, come gli interventi psicoterapeutici** (la cura rischia di ridursi alla pura prescrizione di psicofarmaci); **diventa sempre più precario, e in alcuni casi è del tutto interrotto, il lavoro di collegamento tra i diversi settori della rete di salute mentale** (Centri di Salute Mentale, Reparto ospedaliero, Residenze di terapia e riabilitazione, servizi per l'età evolutiva e per gli adulti) e con i servizi per le dipendenze patologiche, ed è sempre più difficile la collaborazione tra i diversi professionisti (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri) all'interno dei gruppi di lavoro; **sono ristretti e burocratizzati i raccordi con le istituzioni e gli ambienti fondamentali per il lavoro di prevenzione** (scuola, luoghi di lavoro, Tribunale, ecc).

Tali difficoltà investono in maniera ancor più drammatica i Servizi per l'Età Evolutiva: con i minori (bambini, ragazzi e adolescenti) la tempestività è un criterio fondamentale per garantire la qualità della cura e favorire esiti positivi; i contesti di vita, al pari del minore stesso, devono essere sostenuti nell'intraprendere percorsi di emancipazione da dinamiche relazionali disfunzionali e fornire opportunità per la costruzione di nuove competenze. Si tratta di un lavoro integrato che non può essere svolto secondo una logica prestazionale, ma richiede la compartecipazione di soggetti ed istituzioni che condividono obiettivi e responsabilità.

**Quali le cause di questa regressione?** Possiamo dire che ciò è avvenuto:

- **per una riduzione delle risorse** in situazioni in cui le richieste aumentano e si modificano per l'emergere di nuovi bisogni; questo inevitabilmente si ripercuote sulla tenuta dei servizi e degli operatori che li abitano, i quali subiscono l'inerzia di un sistema che non riesce a far fronte ai cambiamenti in atto;
- **per la mancanza di un indirizzo politico** che ponga come missione fondamentale la promozione della salute: in questo nuovo regime i servizi sono di fatto costretti a occuparsi solo della cura delle



malattie e, per la selezione dei casi che avviene a causa della riduzione delle risorse, sempre più solo delle urgenze e sempre meno della prevenzione e dell'interruzione non concordata delle cure;

- **per una organizzazione verticale delle Aziende** che privilegia meccanismi di controllo, che svaluta gli apporti conoscitivi degli operatori, necessari a governare e organizzare in modo efficace l'intero sistema;

- **per l'impovertimento delle situazioni di formazione e di ricerca** necessarie a far progredire le competenze degli operatori, rese indispensabili anche di fronte all'emergere di nuovi bisogni e quindi di nuovi compiti.

**È ancora possibile rimediare ai danni subiti dai servizi, neutralizzando i meccanismi che li hanno provocati**, prima che si instauri una pratica violenta di cui ci siamo con tanta fatica liberati. Ma una politica che voglia veramente migliorare la salute mentale dei cittadini, non può limitarsi a questo.

È necessario che imposti il proprio stile operativo favorendo, all'interno di un regime di maggiore partecipazione, tutte le occasioni di contatto tra i cittadini e i servizi. I servizi devono essere trasparenti e i cittadini devono poter esprimere liberamente i propri bisogni, proprio quando la carenza di risorse disponibili attiva conflitti piuttosto che collaborazioni.

**Il superamento dell'ospedale psichiatrico di Perugia non fu infatti solo frutto di un atto amministrativo: i nuovi manicomi si creano quando si realizzano separazioni e barriere e si confondono le persone con la malattia.**

**Il Comune, pur non avendo una responsabilità diretta rispetto alla gestione di alcune delle criticità citate sopra, deve comunque tenere conto dell'importanza dei determinanti sociali delle malattie mentali e della propria centralità nelle politiche di promozione della salute mentale, di prevenzione e di inclusione, in un'epoca in cui i bisogni psicosociali della popolazione sono aumentati in quantità e diversificati in qualità, insieme al crescere della consapevolezza, tra i cittadini, del bene salute mentale con la richiesta conseguente di risorse psicologiche e sociali nelle loro diverse forme.**

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

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

- **promuovere nell'ambito sociale territoriale, pur nel quadro normativo nazionale e regionale di riferimento, prassi di integrazione sociosanitaria a sostegno dell'abitare e del diritto al lavoro per i cittadini utenti dei servizi di salute mentale, nel quadro dei progetti terapeutico riabilitativi individuali, sostenuti da strumenti quali il Budget di Salute, così come previsto dalle linee programmatiche approvate in Conferenza Stato Regioni (06/07/2022);**

- **promuovere osservatori e spazi di coprogettazione di servizi e risposte in collaborazione con utenti ed associazioni per tutte le fasce di età, e specificamente per i più giovani;**

- **promuovere spazi di collaborazione interistituzionale e tra soggetti sociali: con le scuole di ogni ordine e grado, a partire dalle scuole dell'infanzia, la magistratura, le forze dell'ordine, il mondo del lavoro, il terzo settore, per una rilevazione integrata e tempestiva dei bisogni, delle criticità, delle emergenze e la progettazione di risposte partecipate con i cittadini;**

- **garantire e monitorare la tutela dei diritti della persona nei contesti di non volontarietà delle cure (es. ricoveri in regime di TSO);**

- **garantire luoghi dignitosi e di qualità per i servizi della salute mentale;**



- monitorare le liste d'attesa, per l'accesso e le risposte da parte dei servizi di salute mentale, pratica inesistente in precedenza nella storia dei servizi di salute mentale perugini;
- mantenere e promuovere gli spazi aggregativi cittadini, come mediatori di relazioni e comportamenti salutari, anche con iniziative per l'integrazione interculturale;
- sollecitare processi formativi comuni per gli operatori dei servizi di salute mentale e per la rete ampia dei soggetti attivi, compreso il volontariato e le associazioni di utenti e familiari, perché intorno ai servizi ed ai bisogni di salute mentale si promuovano iniziative di ricerca;
- riattivare processi partecipativi, come le assemblee cittadine, che hanno caratterizzato la storia della psichiatria umbra.



### 3. OSPEDALE

#### 3.1 STORIA DELL'OSPEDALE DI PERUGIA

##### da una sanità' pubblica dell'eccellenza al declino - un processo da invertire

Un po' di storia dell'Ospedale di Perugia è utile anche per fare il confronto tra quello che è stato questo ospedale, quello che in passato l'Amministrazione regionale e aziendale sono riuscite a garantire in termini di diritti sanitari e quello che oggi abbiamo; perché non è tanto un problema di finanziamenti che sono venuti meno con l'aziendalizzazione e l'introduzione del pareggio di bilancio; è un problema di visione politica, perché i finanziamenti si possono impegnare nel pubblico, nella difesa della sanità pubblica, oppure li si può dividere col privato, e quindi: convenzioni, esternalizzazioni... È questione di visione politica: stiamo dalla parte della salute pubblica oppure se vogliamo introdurre il privato nel pubblico? Cosa che economicamente non conviene.

Negli anni '70 la facoltà di medicina a Perugia si presentava come una delle facoltà più quotate in Italia. Professore ordinario di Clinica medica era il Prof. Larizza, che ha scritto un testo di clinica medica adottato in quasi tutte le università italiane.

In clinica medica svolgeva la sua attività anche il Prof. Del Favero, farmacologo illuminato.

Dalla clinica medica sono nate nuove specialità:

- gastro-enterologia
- oncoematologia
- trapianto del midollo che gode di un riconoscimento a livello Internazionale sia per la cura che per la ricerca
- oncologia

Dalla clinica chirurgica sono nate nuove specialità: chirurgia vascolare, chirurgia toracica, urologia, neuroradiologia endovascolare. E' stata acquisita la tecnica di chirurgia laparoscopica e robotica.

Sono state acquisite: la cardiocirurgia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia maxillo-facciale

E' nato il reparto di unità spinale, fortemente voluta dal dott. Taramelli, da Raffaele Goretti, presidente dell'Associazione paraplegici umbri, e dall'allora direttore generale Truffarelli; reparto che prende in carico i pazienti in una sezione specifica dedicata, mentre: prima venivano ricoverati in reparti vari (neurologia, neurochirurgia, urologia).

Sono stati acquisiti macchinari ad alta tecnologia (TAC, RM, acceleratore nucleare, robotica, adesso obsoleti).

Tutta questa proliferazione rispondeva a una precisa volontà da parte: 1. della Regione, 2. della Dirigenza ospedaliera e 3. dell'Università, di attirare le migliori professionalità e di ampliare l'offerta di prestazioni di alto livello, investendo molto sulla formazione degli specialisti anche attraverso la loro permanenza all'estero.

L'ospedale riusciva ad essere 1. ospedale di alta specialità (che favoriva la mobilità in entrata) e contemporaneamente 2. ospedale regionale e della città di Perugia.

Nel 1992 l'aziendalizzazione ha comportato 1. la nomina di un Direttore Generale (scelto prevalentemente sulla base dell'appartenenza politica) 2. l'introduzione del vincolo del pareggio di bilancio, con premio al direttore che lo avesse conseguito.

Questo ha comportato una riduzione della risorse utilizzabili, per cui:

1. si sono allungate le liste di attesa,
2. si è ridotta la qualità dei servizi,
3. sono state adottate le esternalizzazioni dei servizi (sterilizzazione, pulizie, *canarini*, ...);
4. c'è stato il blocco del turn-over e dei concorsi a tempo indeterminato con grande sofferenza soprattutto nelle aree critiche (rianimazione, medicina d'urgenza, anestesia, ecc.).

Per quanto riguarda i concorsi primari è stata adottata la formula del facente funzione, quindi precarietà di tutti i livelli professionali e di tutte le categorie professionali.

Precarietà comporta: instabilità, no investimento: l'operatore non si progetta nel servizio, ma cerca soluzioni a tempo indeterminato; il COSTO è l'esodo di professionalità formate nell'ospedale

Caso emblematico – il trasferimento di un collega (Dott. Fisher, radiologia interventistica vascolare viscerale); allo stato attuale l'ospedale non garantisce questa alta specialità tranne che per due volte alla settimana con un professionista esterno (gettonista?); ma in urgenza?



E infine, ciliegina sulla torta: la neurochirurgia a Perugia di cui sappiamo notizie solo da comunicati stampa<sup>6</sup>.

Inoltre non si è provveduto al rinnovo della strumentazione tecnologica : (es: ecoendoscopio, RM e altre strumentazioni spesso non funzionanti).

In contemporanea si sono moltiplicate le convenzioni con strutture private non solo per esami strumentali clinici ma anche per la chirurgia minore (meno sicurezza). Da sottolineare che solo un ospedale è in grado di garantire interventi in caso di complicanze (ad es. trasfusione in caso di sanguinamento perché provvisto di centro trasfusionale...).

Risultato: il 21% degli umbri sceglie di curarsi presso strutture di altre regioni; il 10% rinuncia alle cure.

Un dato della Fondazione GIMBE dice che nel 2021 si è riscontrato un saldo passivo, dovuto alla migrazione sanitaria, pari a 31,2 milioni di euro, che grava sulle casse della Regione: il dato è in crescita continua.

Così la nostra Azienda ospedaliera che era classificata tra le migliori d'Italia per qualità, alta specialità e attrattività, ha subito un crollo, come registrato nelle recenti classifiche.

Possiamo in definitiva affermare che i principi della gratuità e universalità delle prestazioni sanitarie, così come definiti nel Sistema Sanitario Nazionale in attuazione dell'art. 32 della Costituzione, stanno subendo un grave attacco.

Certo, alcuni pilastri rimangono: la garanzia dei LEA , le eccellenze di alcuni reparti; ma tutto questo bisogna difenderlo.

Arrivati a questo punto bisogna operare per invertire la tendenza: lo possiamo fare se utilizziamo come parametro di riferimento soprattutto la produzione di salute e non il pareggio di bilancio. Bisogna abolire il tetto per la spesa del personale e indire concorsi a tempo indeterminato per medici, infermieri ed altre figure professionali.

Abolire i piani straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa e programmare un piano sistematico ed efficiente a tutti i livelli (visite specialistiche ed ambulatoriali, esami diagnostici), reinvestire in macchinari ad alta tecnologia e risoluzione.

Riquilibrare l'ospedale di Perugia anche per quanto riguarda i settori 1. degli espunti-trapianti di organo: eravamo tra i primi 8 fra le regioni italiane, nell'ultimo anno ne sono stati effettuati solo 4 (numeri davvero esigui – carenza di personale ?) e 2. della robotica bisogna estendendone l'uso (è utilizzata in modo sistematico solo dalla clinica urologica e un po' meno dalla ostetricia-ginecologia). Forse le cause sono diverse, ma la Direzione generale e l'Università dovrebbero farsene carico. Fra i vantaggi: la degenza post- chirurgica è più breve, ...

Bisogna inoltre 1. indire concorsi primari in cui i parametri siano la professionalità e le capacità manageriali, perché un primario deve creare un'equipe, una scuola, motivare gli operatori e possibilmente farli appassionare; 2. valorizzare tutte le categorie professionali; 3. migliorare le condizioni di lavoro degli operatori, soprattutto nelle aree critiche, per quel che riguarda i turni e le condizioni di tranquillità di lavoro; 4. ridurre le convenzioni e far rientrare quanto più possibile le attività nell'ambito dell'azienda ospedaliera.

Oggi apprendiamo che è stato istituito un gruppo consultivo, il NEB (Non Executive Board) formato da 5 esperti esterni che hanno il compito di affiancare la direzione aziendale e fare da raccordo tra le esigenze espresse dal sistema sanitario e dal territorio e la dirigenza ospedaliera e delle strutture sanitarie territoriali. Ammissione di incapacità?

Per noi, per quanto riguarda l'ospedale, il problema non è tanto di affiancare la dirigenza con dei "facilitatori", ma è che negli ultimi 4-5 anni sono cambiati 3 volte i direttori generali, che a loro volta hanno nominato i nuovi direttori sanitari e i nuovi direttori amministrativi, hanno cioè prodotto la rotazione di tutta la dirigenza ospedaliera. Tutti e 3 provenivano da altre regioni e da altre esperienze, e non si sono preoccupati

1. di entrare in contatto con la realtà locale analizzandone le specificità;
2. di affrontare i problemi dell'azienda ospedaliera e dei fabbisogni dei cittadini.

Si sono comportati da "stranieri in terra straniera", senza confrontarsi con i coordinatori del personale infermieristico, con i primari e i sindacati dai quali si possono avere indicazioni preziose su come affrontare le criticità del sistema. Inoltre si ricorda che esistono già il collegio dei sanitari e il consiglio di direzione che affiancano la dirigenza.

Infine notizie di stampa ci dicono che:

<sup>6</sup> <https://www.ospedale.perugia.it/notizie/comunicato-stampa-congiunto-aopg-aotr>



1. è stato attivato l'elisoccorso. Ben venga, era ora

2. in questi giorni la Regione ha "sbloccato" 70 milioni per la sanità.

Domanda numero 1: "sbloccati" perché? Erano accantonati e disponibili? e allora perché sono rimasti "bloccati" ? e da quanto tempo?

Domanda numero 2: 70 milioni sono sufficienti ad affrontare tutte le criticità accumulate per tutta la regione dopo troppi anni di disinvestimento sulla sanità?

Domanda numero 3: e con questi 70 milioni davvero si pensa di poter risolvere tutti i principali problemi della sanità umbra con una pletora di interventi "a pioggia" (53 interventi previsti ! 10 milioni solo per la nascita del 3° polo e poi: adeguamenti antincendio e antisismici, acquisto strumentazioni, impianti tecnologici, ecc.)

Che c'entra il sindaco con tutto ciò?

Il sindaco è stato eletto dai cittadini anche per garantire i loro diritti, tra i quali quello alla salute è uno dei più importanti. Il nostro sindaco attuale non ha mai rivolto la sua attenzione ai problemi della salute e della sanità.

Si sono visti i sindaci di altre città (Spoleto, Norcia, Cascia ...) scendere in piazza insieme ai loro cittadini quando le strutture sanitarie locali subivano un attacco.

E' per tutto questo che noi abbiamo deciso di promuovere una lista elettorale "PERUGIA PER LA SANITA' PUBBLICA": ci schieriamo dalla parte di chi vuole difendere la sanità pubblica, con la coalizione UN PATTO AVANTI, sperando di vincere questa battaglia molto importante.



## 3.2 L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

### Premessa

L'Azienda Ospedaliera di Perugia (AO di Perugia) assolve a due compiti: Ospedale di Alta specialità ed Ospedale di riferimento per Territorio del Comune di Perugia

Il sindaco è il responsabile delle condizioni di salute della popolazione del suo territorio. Il consiglio comunale condivide questa responsabilità. Ai sindaci sono affidati poteri di programmazione, di controllo e di giudizio sull'operato del direttore generale delle ASL. In caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica a carattere esclusivamente locale le ordinanze contingibili e urgenti sono adottate dal sindaco, quale rappresentante della comunità locale. Il Sindaco partecipa alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale (istituita dalle regioni e per l'ambito dell'Asl in cui ricade il Comune), la quale deve essere raccordabile con l'organismo rappresentativo delle Autonomie locali (art. 2 c. 2bis del d.lgs. 502/92 e s.m.i). Il Collegio sindacale, infine, trasmette relazioni semestrali sull'attività dell'Asl e dell'AO alla conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo dove sono ubicate (art. 3ter. c. 1). Ai sindaci sono dunque affidati poteri di programmazione, di controllo e di giudizio sull'operato del direttore generale delle ASL, delle AO e della Regione. Ai sindaci devono pervenire relazioni semestrali sulle attività svolte da Asl e AO da parte del Collegio sindacale.

### Problemi attuali

Negli ultimi 5-10 anni l'AO di Perugia si è sempre più allontanata dalla comunità di cittadini perugini che vi ricorrono per necessità di salute. **Il punto politico essenziale è la mancanza di INCLUSIVITA' assistenziale. Abbiamo un ospedale sempre più distante dai cittadini più deboli.**

**Tale gravissima mancanza di visione gestionale/programmatica/politica ha due soli colpevoli oltre la Regione: il sindaco di Perugia (totalmente assente in tale ambito precipuo) e la miopia delle Direzioni Generali della Azienda Ospedaliera di Perugia.**

1. A Perugia l'AO vive un isolamento rispetto alla tipologia di cure e all'approccio dei servizi territoriali, è sempre più distaccata dai cittadini. La comunicazione con il territorio è spesso mediata dalla presenza di associazioni e dalla loro possibilità di rappresentare una realtà tale da **sostituire i servizi**. Questo riguarda diversi aspetti: da quello della cronicità dell'anziano dimesso dall'ospedale e necessitante di assistenza e cura a quello della diagnostica di alta specialità con lunghissime liste di attesa. Nella realtà di Perugia la cura socio-sanitaria viene svolta con un lavoro che l'ospedale non riesce a fare, per mancanza di personale, di tempo professionale, di cattivo uso delle risorse, di mancato sviluppo di esperienza, di mancata organizzazione e legame con il territorio. Gli assistenti sociali dell'ospedale sono pochi rispetto alla popolazione di persone curate e bisognose di assistenza ed accade che ad un certo punto la persona viene dimessa e lasciata sola o a famiglie non in grado di farsene carico. Certi servizi in parte vengono offerti da cooperative e associazioni, tanto in ospedale quanto sul territorio, e sono anche all'avanguardia rispetto all'organizzazione che si è data l'Ospedale come nosocomio di Territorio. Esistono percorsi ben conosciuti, esiste la rete delle assistenze private e pubbliche, ma sono realtà che vivono di progetti che si rinnovano o meno. E negli ultimi anni tali percorsi sono stati completamente abbandonati. Dove c'è stata l'intelligenza di coinvolgere il territorio e le associazioni, di farli comunicare tra di loro e con i servizi ospedalieri/territoriali già esistenti, queste sono diventate a tutti gli effetti dei servizi, pur non essendo strutturate come tali. A Perugia la situazione è drammatica per mancata interazione tra il territorio comunale (Sindaco) e l'Ospedale.

2. L'AO di Perugia ha isolato i suoi stessi professionisti, mortificandoli e non valorizzandoli. Facendo scendere la loro volontà di impegno e le loro motivazioni professionali.

3. Quanto ai Servizi di medicina territoriale della Asl nel Perugino e il rapporto con l'ospedale: di fatto è un rapporto logoro ed inesistente. L'ospedale si è isolato come una monade e non considera l'importanza del territorio.



I consultori, così come l'assistenza infermieristica territoriale e la medicina generale sono delle realtà ben strutturate che hanno una lunga storia e un'esperienza virtuosa nel territorio umbro. Storicamente la capillarità territoriale e la comunicazione con i distretti funzionavano bene e questo si è visto anche nelle prime fasi della pandemia da Sars-Cov2, rispetto ad altre regioni come la Lombardia, dove la medicina del territorio negli anni è stata depotenziata rispetto alla privatizzazione di alcuni servizi.

Ora dopo anni di incuria e di mancata progettualità ed organizzazione tale sistema non regge più. Molti servizi sanitari del territorio sono stati un'eccellenza in Umbria, ed ancora per molti aspetti lo sono proprio grazie all'esperienza passata che si portano dietro. Adesso banalmente l'accesso agli esami del sangue, alle visite specialistiche e ancor più a tutta la parte che prevede la diagnostica per immagini, ha dei tempi di attesa che non sono minimamente compatibili con le necessità delle persone.

L'Ospedale in tal senso latita e non ha il senso del dramma incipiente.

4. L'Ospedale di Perugia non è un luogo facilmente raggiungibile, assolutamente. Parcheggi selvaggi, una macchina sopra l'altra. Trasporti pubblici che non funzionano: ci sono, ma i mezzi sono pochi. È mancata totalmente la promessa del sindaco Romizi di 5 anni fa sulla progettazione e realizzazione di nuove modalità di trasporto che unissero la città all'Ospedale. È rimasto solo il mezzo privato. Le indicazioni e le comunicazioni sono scarse, l'ospedale è un labirinto per tutti gli utenti, soprattutto per le persone non italiane o con disabilità". L' Ospedale europeo, moderno, innovativo è molto lontano.

5. Le Direzioni Aziendali dell'Ospedale di Perugia negli ultimi 5 anni hanno fatto scadere il patrimonio tecnologico dell'ospedale (ritardata ripresa degli investimenti con i fondi ex art. 20 della l. 67/88), non hanno programmato né il ricambio tecnologico né quello dei professionisti, hanno mortificato i lavoratori della Sanità e aggravato il ritardo nella informatizzazione. Esempi: La radiologia interventistica vascolare (struttura in cui si può determinare la vita o la morte di un paziente) viene svolta a gettone con medici che vengono da fuori città. La radiologia tradizionale non si è innovata (manca un servizio di risonanza magnetica che possa soddisfare le esigenze assistenziali più moderne di un grande ospedale). Insomma hanno fatto scadere la qualità di un ospedale che era un importante punto di riferimento per la cittadinanza. Il tutto nell'assoluto silenzio del Sindaco di Perugia.

## Proposte

1. Obiettivo: creare una **alleanza istituzionale a tutela della salute dei cittadini**.

Utilizzare la missione del "PNRR rispetto alla Salute ed alla inclusione sociale: il ruolo del Sindaco nella governance dei sistemi sanitari e sociali". Un Sindaco che vigili e controlli su chi eroga salute ai propri cittadini in modi e tempi corretti. Tale proposta è in netta contrapposizione con le scelte "familistiche" fatte dalla attuale Direzione Generale che chiamano, senza potere decisionale alcuno, figure amiche a svolgere il ruolo di **NEB (Not Executive Board)** di anglosassone origine, in cui rappresentanti delle Istituzioni Locali - i Sindaci ad esempio - sono chiamati ad opera di stimolo, controllo, proposizione rispetto ai bisogni di salute della comunità in cui insiste l'ospedale).

2. L'emergenza sanitaria da COVID 19 ha fatto emergere la necessità di una sempre maggiore **integrazione tra sociale e sanitario** volta alla salvaguardia della salute e della qualità della vita delle città. Questo rapporto deve essere ulteriormente potenziato e reso strutturale per rilanciare un'idea di welfare che veda nell'integrazione sociosanitaria il suo fulcro fondamentale, non solo nelle fasi critiche dell'emergenza, ma anche in una fase post emergenziale. Proprio la pandemia ci ha dimostrato che per alleggerire le strutture ospedaliere e prevenire o ritardare l'istituzionalizzazione in struttura, è determinante l'efficienza e la capillarità di un sistema integrato territoriale di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali di prossimità, con il necessario coinvolgimento dei Comuni e il loro coordinamento con le autorità sanitarie. Pertanto, dev'essere un obiettivo condiviso assicurare una governance multilivello tra Sindaci, Asl e Regioni potenziando il ruolo dei Sindaci.

3. Ripensare un Ospedale di Perugia flessibile, articolato per intensità di cure ed in rete con strutture ospedaliere a minore intensità di cura e con strutture sanitarie del territorio in grado di assolvere le problematiche della cronicità e della riabilitazione. Gli Ospedali territoriali che fanno riferimento all' azienda Ospedale di Perugia sono Umbertide, Pantalla, Assisi e Castiglione del Lago, mentre gli Ospedali di Città di Castello e Branca sono ospedali della rete dell' emergenza. La differenza





va conosciuta, perché ha conseguente pratiche per i pazienti e per i loro familiari. Un esempio può aiutare a comprendere meglio: un paziente con trauma cranio-encefalico viene correttamente ricoverato in Neurochirurgia e se dopo due-tre giorni non si ravvisa una indicazione all'intervento, essendo ancora il paziente in fase acuta, è trasferibile presso un altro presidio della rete dell'emergenza. Se invece sono passate due o tre settimane dall'evento, non ha senso pensare di ricoverarlo in un presidio dell' emergenza, perché non è più in fase acuta e non vanno occupati letti per le acuzie con ricoveri impropri. Può essere appropriato ipotizzare un ricovero in un presidio territoriale. Al momento le relazioni tra ospedale di Perugia e gli altri ospedali (Umbertide - Città di Castello – Branca - Media Valle del Tevere) sono relazioni basate su mancanza di visione complessiva, con l'unico obiettivo di parcheggiare il malato avviato a cronicità, non autosufficiente, con necessità di assistenza sanitaria frequente ma non intensiva, per liberare posti letto nell'Ospedale di Perugia, in modo che la catena riprenda il suo corso di inefficienza. Per tacere la totale mancanza di visione della Direzione Generale dell'Ospedale nel promuovere e ricercare una relazione costante, frequente, professionalizzante ed efficiente con i Medici di Medicina Generale.

4. Le risorse e le misure previste nel PNRR sono senz'altro un'occasione straordinaria per effettuare riforme importanti che la nostra Città attende da troppo tempo, in particolare per potenziare e qualificare il sistema dei servizi, soprattutto nelle periferie, con il potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità, nonché dei servizi sanitari di prossimità, ma per rendere davvero operativi questi investimenti è importante che i territori siano messi nelle condizioni di utilizzare al meglio tali risorse, integrandole con altre già esistenti, anche con gli opportuni supporti burocratico-amministrativi. Nessuna proposta in tal senso proviene dalla Azienda Ospedaliera di Perugia che si preoccupa solo di trasferire il paziente cronico verso altri ospedali distanti anche 40 km da Perugia.

5. A ciò si aggiunga che per rendere tali riforme e misure strutturali e sostenibili nel tempo, una volta conclusa la realizzazione del Piano, saranno necessari finanziamenti adeguati nel bilancio della Sanità Regionale, finanziamenti che saranno, seppure reperiti, inutili senza una visione programmatica strategica in grado di riconoscere l'interdipendenza dei vari ambiti e di costruire un solido sistema integrato e intersettoriale di interventi e servizi, adeguato in termini di risorse umane e materiali". Nulla di ciò è stato nella mente della attuale Amministrazione Comunale e della Azienda Ospedaliera. Il Sindaco ed il Direttore Generale si incontrano per tagliare nastri ed inaugurare congressi medici. Nulla di altro. **Il Sindaco di Perugia ha totalmente abdicato alla sua funzione di prima autorità Sanitaria del Comune.**

6. Il valore da preservare e rilanciare proprio tramite l'opportunità del PNRR è quello dell'alleanza tra professionisti e istituzioni, tra ospedale e territorio nell'ottica di una visione di salute *one health*, in cui non si può prescindere da un dovere individuale, teso a preservare la salute della comunità con un senso di responsabilità imprescindibile soprattutto in questo momento storico. La vicenda del Covid ci ha insegnato che la salute pubblica va tutelata non solo nelle strutture governate dal SSN, ma anche nelle strutture sociali gestite dai Comuni, come pure nelle strutture che si trovano su quei territori, come le case di riposo. È il momento di monitorare integralmente questa rete e utilizzarla sia per la promozione di sani stili di vita, che per trovare intelligenti e integrali soluzioni di presa in carico.

7. La nuova amministrazione comunale dovrebbe farsi parte attiva per progettare, Sindaco e Direttore Generale della Azienda Ospedaliera di Perugia, strumenti e azioni volte a migliorare le performance assistenziali e a creare valore rispetto alle indicazioni del PNRR come: l'**OIS** ovvero l'**Osservatorio sulle buone pratiche di Integrazione Sociosanitaria**, con l'obiettivo di raccogliere le esperienze realizzate/realizzabili nell'integrazione sistemica tra sanitario e sociale, per metterle a disposizione dei decisori istituzionali e delle organizzazioni pubbliche e private (la problematica del privato in assistenza Socio-Sanitaria va analizzata, affrontata e regolata. Demonizzarla attraverso slogan non serve affatto dato che già ora le famiglie vi fanno ricorso senza alcuna regola né controllo) che operano a questo scopo.

Stringere alleanze e sinergie con chi quotidianamente si occupa della salute pubblica deve essere una priorità perché la salute della comunità è, oggi più che mai, diventata una priorità di tutti gli amministratori. Rilanciare la medicina del territorio, potenziare gli aspetti sociosanitari, rivedere le competenze e le attribuzioni. Dare vita ad un sistema integrato/informatizzato, da vera Smart City, dei dati sanitari con quelli economici, demografici e finanziari articolato per tutto il territorio comunale. Avere un prototipo innovativo da spendere anche a livello nazionale, per offrire una base di dati solida



per il governo integrato dei servizi socio-sanitari. Far recuperare a Perugia un ruolo di leadership nella programmazione sanitaria.

8. Il Comune di Perugia potrebbe farsi promotore, attraverso integrazione con Azienda Ospedaliera ed Università, di **percorsi formativi sanitari per caregiver** (le badanti dei nostri anziani sono una spesa senza controllo a carico delle famiglie e senza alcuna certificazione di capacità di assistenza). Potrebbe attraverso un governo integrato dei servizi socio-sanitari e dei dati economici delle famiglie mappare il disagio ed intervenire ove possibile per creare reti di sicurezza socio-sanitarie per le famiglie incapienti. Insomma progettare la formazione certificata per caregiver e al contempo assistere i suoi cittadini con qualità e risorse economiche ove disponibili.

## **PUNTI POLITICI SULL' AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA**

1. **L'Amministrazione comunale uscente e l'Azienda Ospedaliera di Perugia sono gravemente responsabili del progressivo scollamento tra le istanze di salute e sicurezza sociale dei cittadini più fragili: malati in attesa per mesi per visite specialistiche, isolamento totale dell'Azienda Ospedaliera di Perugia rispetto alla assistenza specialistica per esterni e assistenza socio-sanitari per i pazienti più fragili dimessi dall'Ospedale di Perugia (che ha un suo ruolo istituzionale come ospedale dei Perugini). Tale gravissimo isolamento si è sostanziato nella mancanza di interesse del Sindaco Romizi rispetto alle problematiche dell'AO di Perugia, nel suo mancato controllo sull'operato dell'AO, e sul suo distacco rispetto ad una interlocuzione istituzionale con i vertici gestionali dell'AO.**

2. **L'AO di Perugia dal suo canto ha perseguito pervicacemente un progressivo allontanamento dalle istanze dei suoi professionisti, li ha mortificati e si è progressivamente chiusa al dialogo teso ad evidenziare i gravi problemi esistenti ed alla loro possibile soluzione. Questo ha determinato stanchezza nel personale che si riverbera sulle qualità delle cure fornite e dunque sulle risposte di salute da fornire ai cittadini. Scarsità di personale, posti letto chiusi, un Pronto Soccorso superaffollato, turni mal organizzati, gestione delle carriere mortificanti per il personale, mancanza di dialogo con i professionisti. Il Sindaco sa e non ha fatto nulla. Le Direzioni Aziendali succedutesi hanno operato senza visione prospettica di integrazione con il Territorio.**

3. **L'AO è totalmente distante dai cittadini anche nella logistica: parcheggi caotici e superaffollati, mezzi pubblici inesistenti o quasi. Dove sono le promesse del Sindaco uscente rispetto alle meravigliose sorti di mezzi di trasporto fruibili, agili, che mettano in rapida comunicazione i cittadini con il luogo in cui cercano cura e sicurezza? Insomma una distanza totale da un moderno ospedale europeo ma anche italiano di media qualità.**

**L'AO di Perugia ha visto perdere progressivamente attrattività professionale, ha depauperato un patrimonio di tecnologie e di professionalità. Il tutto è frutto di una visione piccola ed offuscata dal mero interesse di occupazione di posti di potere e, cosa più grave, senza interrelazione strutturata con l'Amministrazione Comunale.**

**Resiste per l'assistenza al malato solo la Rete oncologica (storica in Umbria ma progressivamente depauperata) gestita con l'ottimo lavoro delle associazioni di volontariato.**

**Nulla di strutturato sul territorio per la gestione integrata per il paziente cardiopatico (prima causa di morte), nessuna riabilitazione cardiologica degenziale seria presente (necessità assistenziale essenziale, scientificamente dimostratasi altamente efficace nel ridurre morbilità e mortalità).**

**Nessun percorso strutturato con il territorio ed i medici di medicina generale per il paziente anziano fragile dimesso. Dopo l'ospedalizzazione i pazienti fragili sono soli e totalmente sulle spalle delle famiglie, quando presenti, che poi devono fronteggiare interminabili liste di attesa per i controlli richiesti.**



## 4. ALTRI CONTRIBUTI

### 4.1 Verso una Società accessibile ed inclusiva

**PROGETTAZIONE UNIVERSALE** «Per progettazione universale si intende la progettazione di prodotti, ambienti, programmi e servizi usabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti o di progettazioni specializzate. La “progettazione universale” non esclude dispositivi di sostegno per particolari gruppi di persone con disabilità ove siano necessari». (L. 18/2009, art. 2 Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità)

Come si evidenzia nella Convenzione ONU il fattore ambientale e spaziale è considerato tra gli elementi essenziali capaci di condizionare positivamente, o al contrario ostacolare/pregiudicare, lo svolgimento delle funzioni quotidiane più importanti come abitare, muoversi, relazionarsi, comunicare, informarsi, lavorare, studiare, divertirsi. Il contesto ambientale, fisico, spaziale e sociale e la sfera della comunicazione e informazione sono, nel caso delle persone con disabilità, degli anziani e per una larga fascia di popolazione, un fattore così rilevante da condizionare la fruizione della città. La stessa definizione di “disabilità” della Convenzione ONU assume, come principio di riferimento, la condizione di salute della persona nell’interazione con l’ambiente: già nel corso dei lavori di Alma Ata del settembre 1978, l’Organizzazione Mondiale della Sanità riconosceva che la salute non è riferibile a fatti solamente funzionali, in quanto non si identifica con la pura e semplice assenza di malattia, ma con il benessere psicofisico globale. La presenza di barriere o di facilitatori può infatti pesantemente impedire o favorire la partecipazione alla vita sociale dei cittadini e quindi del loro benessere.

**La Convenzione dell’ONU** richiede inoltre non solo l’accessibilità all’ambiente costruito, ma anche all’informazione, alla comunicazione e ai trasporti. La Strategia Europea sulla Disabilità 2010-2020 e la più recente 2021-2030 ha implementato i requisiti legali della Convenzione ONU nelle Direttive UE, nell’Accessibility Act per prodotti e servizi e nella standardizzazione dell’accessibilità, con il cosiddetto approccio “Design for All”.

È quindi evidente quanto le direttive dell’Unione Europea e gli indirizzi dell’ONU in ambito di sostenibilità sociale, integrate alle politiche di sostenibilità ambientale, configurino dei nuovi imprescindibili riferimenti. Sul versante nazionale sono emersi negli ultimi anni interessanti indirizzi e Linee Guida per l’accessibilità: ad esempio il MIBAC (Ministero per i Beni e le Attività Culturali) per i siti museali (DM 28 marzo 2008) e le “**Linee guida su politiche integrate per città accessibili a tutti**” elaborate dall’Istituto Nazionale di Urbanistica nel 2019, nonché diverse linee guida regionali per la redazione dei PEBA

Il concetto fondante è quello di una **Città per Tutti** ovvero di un “Piano per l’accessibilità e usabilità dell’ambiente costruito, inclusione sociale e benessere ambientale”. Considerando le diverse caratteristiche, capacità, esigenze, condizioni e preferenze delle persone, questo concetto amplia i destinatari del Piano a tutta la cittadinanza, nonché ai visitatori occasionali e ai turisti. Pensare a costruire una città accessibile e inclusiva, non rappresenta solo un intervento volto a migliorare la qualità di vita e l’integrazione sociale di un determinato gruppo sociale (bambini, giovani, adulti e anziani) o di persone con disabilità, ma significa anche migliorare e facilitare la qualità di vita di tutta la comunità (persone che spingono passeggini con bambini, anziani che vedono ridursi progressivamente la percezione visiva/uditiva o l’agilità, persone con allergie ambientali, persone obese, tutti coloro che vivono temporaneamente situazioni di mobilità ridotta, donne in stato di gravidanza), Seguendo l’approccio **Design for All** indicato dalla Comunità Europea, è raccomandato un processo sin dall’inizio partecipativo, capace di coinvolgere tutti gli attori – decisori e portatori di interesse. La dimensione dell’accessibilità, dell’usabilità e del benessere hanno tutte come riferimento lo spazio di vita, che è per eccellenza “la città” ovvero lo “spazio pubblico”, luogo delle relazioni e della partecipazione, luogo dell’identità e luogo del riconoscimento della comunità. Il progetto dello “**spazio pubblico accessibile e inclusivo**” deve essere messo al centro, come condizione essenziale per garantire pari opportunità e partecipazione alla vita pubblica. **I Piani per l’Accessibilità** richiedono da parte delle pubbliche amministrazioni specifica attenzione e risorse adeguate anche perché tali piani rappresentano un investimento per i territori capaci di produrre efficienza e funzionamento per tutte/i e in tutte le situazioni.



**Un Piano per la sostenibilità ambientale** integrata alla sostenibilità sociale, inteso come opportunità per rilanciare e investire sull'attrattività turistica e la bellezza delle città; per generare spazi pubblici vitali, accoglienti, sicuri e reti di mobilità dolce e fruibile dal maggior numero di persone possibile. L'accessibilità dell'ambiente costruito va considerata come un sistema, non solo come una somma di singoli elementi. L'urbanistica accessibile si riferisce al sistema urbano che comprende l'organizzazione e la fruibilità delle reti veicolari e pedonali e degli spazi urbani, di cui le pubbliche amministrazioni sono preposte alla gestione. Per garantire un sistema urbano sicuro, accessibile e usabile, è importante elaborare strumenti urbanistici e promuovere la progettazione di nuove aree urbane e percorsi, o la riprogettazione e la buona manutenzione di quelli esistenti; in particolare, attraverso la realizzazione di percorsi pedonali accessibili che colleghino spazi cittadini, edifici, strutture e luoghi di pertinenza pubblica. Una rete confortevole e usabile in modo autonomo e sicuro. Obiettivi prioritari saranno quindi quelli di garantire la mobilità personale e la realizzazione di reti di percorsi fruibili tra i luoghi di maggior interesse e attrattività per il cittadino e il visitatore occasionale (es. luoghi dei servizi sociali, sanitari, storico-culturali, sportivi, ricreativi, scolastici), favorendo sinergie e aggregazioni anche tra diversi Comuni. Una migliore accessibilità e fruibilità/usabilità dell'ambiente favorisce la sicurezza, la gradevolezza, il benessere, la qualità della vita di persone anziane, bambini, famiglie in generale, oltre a sostenere azioni di sviluppo delle proprie competenze, nei diversi campi, per le persone più fragili. **“Nessuno lasciato indietro”** è un impegno della dichiarazione delle **Nazioni Unite sull'Agenda 2030**. L'accessibilità è un modo di investire nella società come parte integrante del programma di sviluppo sostenibile. Significa accogliere non solo il dettato normativo sul superamento delle barriere e la progettazione accessibile, ma indirizzare verso una visione più ampia, partecipata e coordinata, mettendo al centro la dimensione sociale, il valore della relazione e della partecipazione sociale dei cittadini tutte/i.

Il concetto cardine, connesso ai precedenti, è quello di configurare questi Piani come opportunità per rilanciare l'attrattività dei territori e promuoverne l'economia e il turismo. Come sottolineato nelle **“Linee guida su politiche integrate per città accessibili a tutti” elaborate dall'Istituto Nazionale di Urbanistica nel 2019**, «il turismo accessibile può costituire una leva per riattivare processi di sviluppo locale in aree interne e marginali del nostro Paese, e per innalzare la qualità dell'abitare. Gli interventi di miglioramento dell'accessibilità ad attrezzature e patrimoni culturali non possono limitarsi alle sole condizioni di fruibilità interna a singoli siti, contenitori e servizi. Devono inquadrarsi in progetti estesi e integrati, sviluppati a una scala idonea a connettere territori, tessuti urbani, edifici, eccellenze storiche, enogastronomiche, turistiche ed economiche». La pianificazione e realizzazione dello spazio pubblico delle città in tal modo genera benessere e attrattività, in virtù della sua compiuta accessibilità, fruibilità, sicurezza e vitalità dei suoi territori.

### Riferimenti Normativi

- **Legge 28 febbraio 1986 n. 41, art. 32, comma 21**, che introduce l'obbligatorietà per le Amministrazioni competenti di adottare, entro un anno dall'entrata in vigore della legge, piani di eliminazione delle barriere architettoniche esistenti negli edifici pubblici non ancora adeguati alle prescrizioni che ne prevedono l'eliminazione;
- **Legge 9 gennaio 1989, n. 13** “Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati”;
- **Decreto Ministeriale 14 giugno 1989, n. 236** “Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche” che specifica ciò che viene inteso per barriere architettoniche, in riferimento alle diverse tipologie di disabilità;
- **Legge 5 febbraio 1992, n. 104** “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”, che, all'art. 24, comma 9, stabilisce che i PEBA prevedano anche l'accessibilità degli spazi urbani “con particolare riferimento all'individuazione e alla realizzazione di percorsi accessibili, all'installazione di semafori acustici per non vedenti, alla rimozione della segnaletica installata in modo da ostacolare la circolazione delle persone handicappate”;



- **D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503** “Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici” che agli artt. 3-4, estende il campo di applicazione definendo ed indicando le norme per i percorsi accessibili;
- **D.P.R. 6 giugno 2001, n. 380** "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia” che riprende in maniera organica quanto previsto dalla normativa precedente in materia di abbattimento barriere;
- **Legge 3 marzo 2009, n. 18** “Ratifica ed esecuzione della Convenzione ONU sui diritti delle Persone con Disabilità” del 13 dicembre 2006 che, all’art. 3, istituisce presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, l’Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, prevedendo tra i suoi compiti la predisposizione di programmi di azione biennali per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità, in attuazione della legislazione nazionale e internazionale;
- **D.P.R. del 4 ottobre 2013**, “Adozione del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità” che indica esplicitamente la necessità di rafforzare l’efficacia di strumenti programmatori di rimozione delle barriere in edifici e spazi pubblici esistenti e di rilanciare gli strumenti di pianificazione per l’adeguamento e l’abbattimento delle barriere 1 architettoniche negli edifici e negli spazi;
- **D.P.R. del 12 ottobre 2017** “Adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità” che persegue una nuova strategia della accessibilità che fa emergere una necessaria revisione e aggiornamento complessivo della normativa vigente in materia, per adeguarla ai principi della Progettazione Universale, in attuazione della Convenzione ONU.