



A.D. 1308  
**unipg**

DIPARTIMENTO  
DI MEDICINA E CHIRURGIA



# Cure Primarie e Prevenzione: *missione impossibile?*

**Paolo Lauriola**, Coordinatore

*Rete Italiana Medici Sentinella per l'Ambiente*



IL TEMPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE:  
distretto, comunità e cure primarie

Perugia, 10 Febbraio 2023

**INTRODUZIONE:**  
**cosa significa prevenzione**

# Contesto di riferimento

- Nel passato i problemi di “salute ambientale” (SA) sono stati affrontati (spesso) con successo affrontando **ciascun** fattore di rischio (sorgente, esposizione) **per volta**;
- Oggi i problemi SA in termini di sanità pubblica e ecologica hanno assai spesso un contesto planetario, e sono molto più complessi:
  - Cambiamento climatico
  - COVID-19
  - Sfruttamento delle risorse naturali
  - Disuguaglianze sociali nello stato di salute
  - Pandemia d obesità
  - Microplastiche/Nanoplastiche



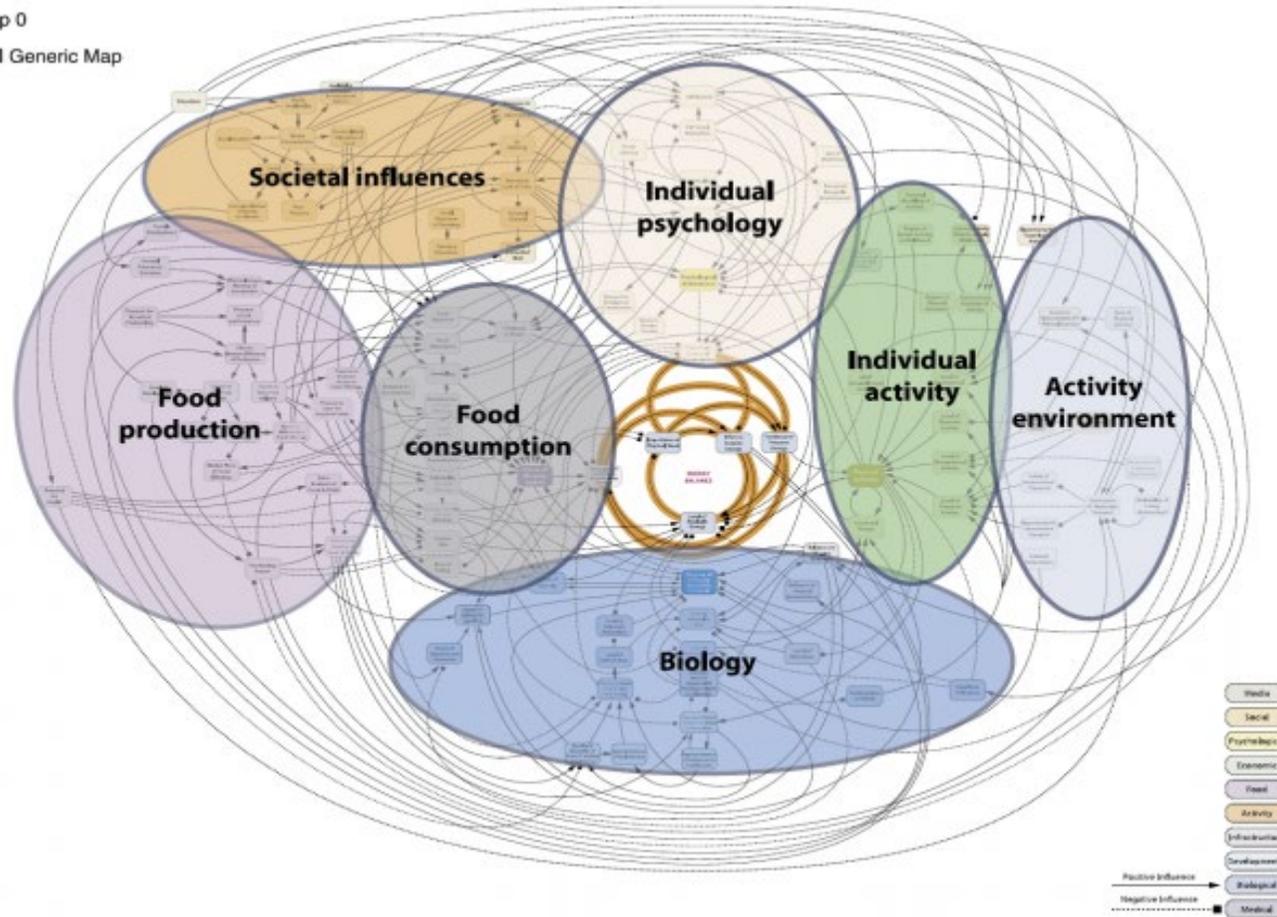
Credit: NASA GOES Project, CDC Public Health Image Library



From: [https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/56/2012/10/adult\\_obesity\\_trends.jpg](https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/56/2012/10/adult_obesity_trends.jpg)

## Mapa dell'obesità del programma (Foresight, 2017)

Map 0  
Full Generic Map



## Come affrontare la complessità dei fenomeni di salute e dei sistemi sanitari?

- Uno dei più grossi insegnamenti che ci deriva dalla tumultuosa e drammatica esperienza del COVID-19 è la “complessità” dei fenomeni di “salute” e dei “sistemi sanitari”.
- Solo maturando la consapevolezza di tale complessità si potrà affrontare il tema che ne consegue e cioè la “incertezza” .
- Negli ultimi 15-20 anni, tre concetti si sono imposti all’attenzione dei ricercatori e dei decisori:
  - One Health
  - Global Health
  - Planetary Health

Il concetto di **One Health** è l'unità di molteplici pratiche che lavorano insieme a livello locale, nazionale e globale per aiutare a raggiungere una salute ottimale per le **persone, gli animali e l'ambiente**

Mentre la **salute pubblica (Public health)** riguarda la protezione della salute e la promozione della salute all'interno dei sistemi sanitari e la **salute globale** guarda a come migliorare la salute delle popolazioni in tutto il mondo, la **salute planetaria** amplia questa **prospettiva** guardando alle società, alle civiltà e agli ecosistemi da cui dipendono. La salute planetaria offre un'entusiasmante opportunità per trovare soluzioni alternative per un futuro migliore e più resiliente. **Mira non solo a studiare gli effetti dei cambiamenti ambientali sulla salute umana, ma anche a studiare i sistemi politici, economici e sociali che governano tali effetti**

Raffaella Bosurgi, 2017



# **I MEDICI DI FAMIGLIA E LA PREVENZIONE**



30 January 2023

WHO Director-General's remarks at the  
152nd session of the Executive Board

**30 January 2023**

Dr Kerstin Vesna Petrič, Chair of the Executive Board,

Excellencies, Ministers, Heads of Delegation, dear colleagues and friends,

Good morning to all of you, and a very happy New Year.

Three years ago today, I declared a public health emergency of international concern over the global spread of COVID-19 – the highest level of alarm under the International Health Regulations, and for the moment, the only level of alarm.

.....

First, promoting health, **by addressing the root causes of disease**, which is essential for achieving our target of seeing one billion more people enjoying better health and well-being.

===

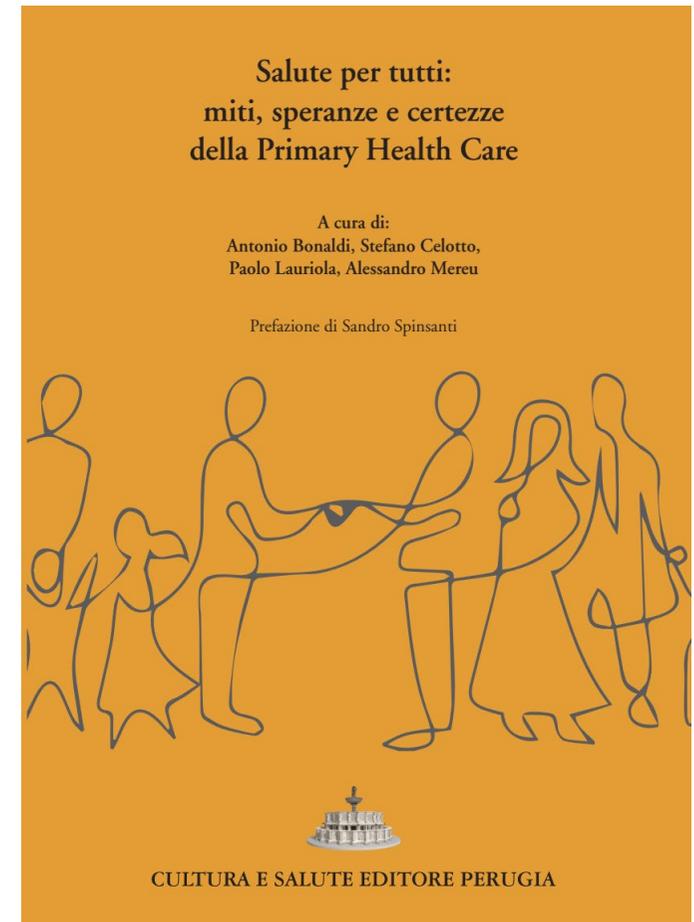
**The second priority is providing health, by reorienting health systems towards primary health care, which is essential for reaching our target to see one billion more people benefiting from universal health coverage.**

.....

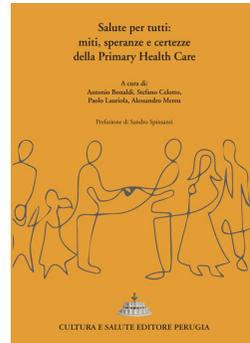
# Che cos'è e cosa fa la Primary Health Care

- L'Assistenza Sanitaria Primaria è l'assistenza sanitaria essenziale **basata** su metodi e tecnologie pratiche, **scientificamente valide e socialmente accettabili**...
- Essa è il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del Paese, portando l'assistenza sanitaria **quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora**...

*(Dichiarazione Universale di Alma Ata nel 1978, Da F. Lonati 2021)*



# Modello concettuale di PHC-AP

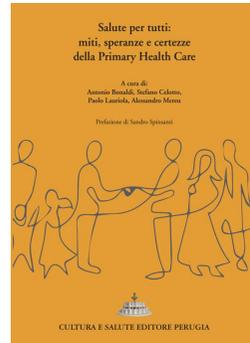


L'AP è caratterizzato da:

- **Accessibilità** all'assistenza (accessibility);
- assistenza condotta in maniera **sistemica** (*comprehensiveness*), tenendo in considerazione le **interdipendenze dei fattori bio-psico-sociali sullo stato di salute dell'individuo** piuttosto che segni e sintomi specifici di organi o apparati;
- **integrazione** (*coordination*) tra i diversi attori coinvolti del sistema;
- **continuità temporale** (*continuity/longitudinality*) dell'assistenza;

(F. Lonati 2021)

# Chi sono gli assistiti della PHP-AP



- **persone sane** (o apparentemente sane), con i quali operare con **un'azione proattiva di prevenzione personalizzata**, finalizzata a promuovere stili di vita sani e l'adesione alla profilassi vaccinale e agli screening oncologici;
- persone con **problemi di salute di nuova insorgenza**, a cui garantire una **tempestiva risposta**, dalla semplice informazione, alla gestione diretta per problemi di base, al passaggio ai servizi specialistici;
- persone **con problematiche croniche ad elevata prevalenza** (sovrappeso, ipertensione, dislipidemie, diabete, BPCO, ...) con necessità di una presa in carico **continuativa nel tempo e nei passaggi tra i diversi livelli di cura**;
- persone in **condizioni di fragilità** (fisica, mentale, sociale, economica) e/o con compromissione dell'autonomia personale e/o con bisogni assistenziali complessi, con **necessità di essere prese in carico globalmente e in modo coordinato** da tutti i diversi attori indicati alla specifica situazione.

(F. Lonati 2021)

# Potenzialità della dell'Assistenza Primaria, 1

- L'AP rappresenta la via privilegiata per far fronte con successo alla sfida che il progressivo **invecchiamento della popolazione**. L'AP infatti può facilmente avvalersi, **di interventi meno costosi e più agevolmente** gestibili dal singolo e dalla sua famiglia nei luoghi di vita.
- I medici delle cure primarie hanno in effetti le potenzialità per integrarsi sia nei percorsi **assistenziali orientati “verticalmente”**, cioè quelli che riguardano la gestione di malattie sia, e **soprattutto, in quelli orientati “orizzontalmente”** in cui assumono valore l'integrazione dell'assistenza

## Potenzialità della dell'Assistenza Primaria, 2

- Accanto a questo occorre anche ricordare il ruolo dei Medici di famiglia (MF) nella creazione e rafforzamento **di una reale «coesione sociale»**,
- In altre parole la “coesione sociale” deve essere la base per **sviluppare quella resilienza che ci consentirà di affrontare crisi** come il COVID-19 ed altre che molto probabilmente (purtroppo!) si verificheranno nel prossimo futuro.

# La prevenzione nell'Assistenza Primaria (nel COVID-19)

- Nel caso del COVID-19 si è constatato che i medici delle cure primarie si trovano in una posizione eccellente per:
  - **educare i pazienti** sulla pertinenza e l'efficacia delle misure igieniche, anche con **l'applicazione personale delle misure di contenimento del contagio**;
  - **rilevare e segnalare epidemie e mini-epidemie di malattie, virali e non, o altri aspetti connessi** (applicabilità concreta delle linee-guida, criticità assistenziali, ecc.) come dimostrato anche da esperienze italiane (quali InflūNet, SPES e Pedianet).



# Proposte per la integrazione tra Prevenzione e AP, 1

- Promuovere e sviluppare iniziative della medicina del territorio, secondo **il paradigma della sanità di iniziativa**
  - che significa che il **bisogno di salute deve essere riconosciuto prima dell'insorgere della malattia** o del suo aggravamento,
  - adottando il modello concettuale del *Chronic Care Model* che a sua volta si fonda sulla **capacità di differenziare, riconoscendoli, i bisogni della popolazione** in relazione alla condizione clinica e di salute

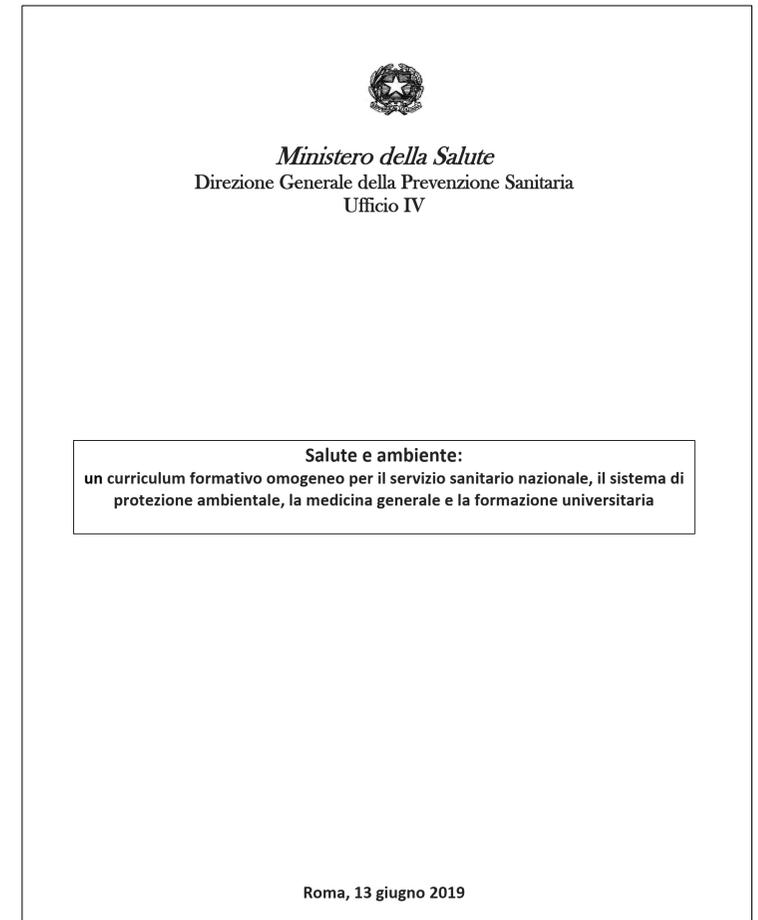
## Dalla *Primary Medical care* alla *Primary Health care*

<i>Da</i>	<i>Verso</i>
<b>Focus</b>	
Malattia	Salute
Cura	Prevenzione, assistenza cura
<b>Contenuti</b>	
Diagnosi e terapia	Promozione della salute
Problemi episodici	Continuità delle cure
Problemi specifici	Assistenza globale
<b>Organizzazione</b>	
Specialisti	Medici di Famiglia, con il supporto di altro personale
Medici che lavorano da soli	Costituzione in team
<b>Responsabilità</b>	
Settore sanitario autonomo	Collaborazione intersettoriale
Dominanza delle professioni	Partecipazione comunitaria
Riveszione passiva dei pazienti	Auto-responsabilità

Fonte: Vuori H. 1986

# Proposte per la integrazione tra Prevenzione e AP, 2

- **Sviluppare un percorso formativo che riprenda** quanto stabilito dalla [Task Force Ambiente e Salute](#) (TFAS) del Ministero della Salute nel Giugno 2019 che in breve sintesi mirava ad:
  - Adottare un **Curriculum Formativo Omogeneo**, e inserimento dei contenuti del all'interno dei corsi di formazione regionali di durata triennale per i MMG e i PLS
  - **Corsi di formazione per Medici sentinella** per l'Ambiente
  - Introdurre **percorsi di formazione universitaria specifici per i MMG** e Dottorati di Ricerca sul tema dei Medici Sentinella per l'Ambiente.



# La formazione dei Medici di Famiglia:

- **«Prevenzione» ed «appropriatezza terapeutica»** con particolare attenzione alle loro ripercussioni sul SSN sono le basi su cui si deve realizzare la formazione dei “nuovi” medici del territorio. (Garattini 2021).
- **Formazione integrata** dei medici di famiglia con i presidi di prevenzione:
  - durante l’epidemia Covid-19 **è «esplosa» la scarsa comunicazione tra MMG e Dip di prevenzione:** «erano» modi diversi con linguaggi ed obiettivi diversi.
  - **Perché non pensare ad una dei MMG in formazione, con un tirocinio su argomenti** come: epidemiologia, organizzazione sanitaria, educazione sanitaria che consentirebbe loro di **conoscere le finalità, metodi e le possibilità di integrazione tra assistenza e prevenzione sul territorio?**

# Environmental Impacts on Health

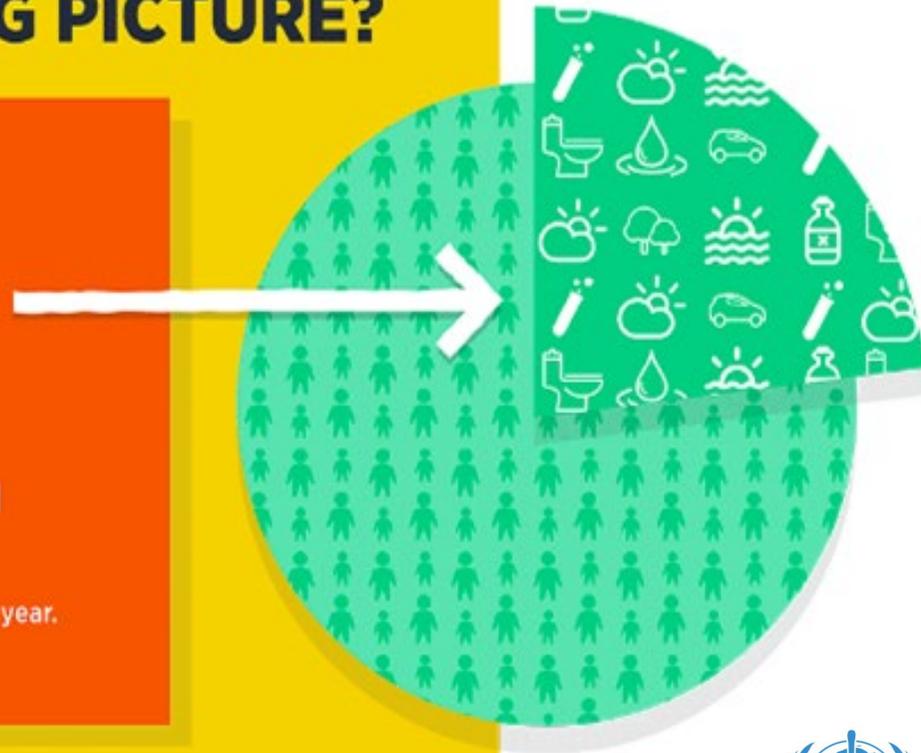
## WHAT IS THE BIG PICTURE?

FACT:

**23%**

of all global deaths are linked to the environment.

That's roughly **12.6 million deaths** a year.



World Health Organization

**Decessi.....**



**Ma non  
solo!**

# Perché coinvolgere i MMG/PLS?

Ci sono molte malattie che pur essendo legate a ad espzioni ambientali o ai cambiamenti climatici sono caratterizzate da **sintomi moderati** e gestite (solo) nell'ambito delle **Cure Primarie (80%)**

Queste condizioni non **dovrebbero essere ignorate** perché possono rappresetatre un **indicatore precoce** di probemi legati all'ambiente come

- ★ Malattie allergiche, asma;
- ★ Malattie endocrine e metaboliche;
- ★ Attachi di panico e alterazioni dello sviluppo neurocognitivo;
- ★ Modificazioni della qualità/quantità spermatica;
- ★ .....ma anche e soprattutto alcune condizioni trasemsse da vettori (arthropod-borne infectious diseases) in particolare quelle trasmesse da *Aedes albopictus* (zanzara tigre), presente in modo endemico in tutt'italia ma con caratteristiche diverse da area ad area ..... **"focal diseases"**

Un ritardo nel quatificare queste condizioni potrebbe portare a ad un **"disturbo"** nella organizzazione sanitaria con **significattivi impatti sula salute pubblica ed individuale.**

BACKGROUND PAPER



## The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology<sup>1</sup>

### Background

General practice/family medicine is the core discipline of primary medical care and the cornerstone of many healthcare systems in Europe. It's potential is large: the large majority of European citizens have a general practitioner (GP) and regular contact with him or her. In healthcare systems where the GP acts as a gate keeper, 90–95% of all patient complaints remain in long time primary care (even when specialists are temporarily involved). Of all reasons for encounter, 80% can definitely be solved in primary care (3,4).



# Perché coinvolgere i MMG/PLS?

L'ambiente come determinante di salute

Un *gap* esiste ancoradell'ambiente tra le attività dei medici clinici e la sensibilità-conoscenza dell'entità e le modalità della genesi degli effetti dell'**ambiente sulla salute**:

- ★ **I MMG /PLS sono totalmente** inseriti nel contesto socio-economico, organizzativo culturale locale;
  - ★ **Elevata influenza dei MMG/PLS** , sulle attitudini/abitudini individuali e sulle scelte della comunità;
- 
- ★ I MMG e PLS possono giocare un ruolo cruciale come interpreti e "operatori" di sensibilità , conoscenza ed azioni che mettano in relazione le **problematiche globali e le azioni locali**;



# Locale/globale (?)

- Il modo in cui COVID-19 è nata e si è diffusa si è sviluppata nel *tempo e nello spazio* ha reso chiaro che **la distinzione tra locale e globale è diventata in gran parte «senza senso»**;
- **Decisioni regionali e locali** di **deforestazione, agricoltura intensiva**, produzione di energia non sostenibile, inquinamento atmosferico, al deterioramento dell'acqua e del suolo, aumentando la probabilità di impatti globali;
- **Decisioni globali (soc. multinazionali)** hanno effetti devastanti a livello locale (spt LMICs)

**Tab 1. PHC e strategie di adattamento nei confronti dei cambiamenti climatici**

- **Sensibilizzazione ed educazione dei pazienti e delle comunità**
- **Coinvolgimento giorno per giorno nelle strategie e locali, regionali e nazionali per contrastare l'antimicrobico resistenza nell'ambito dell'approccio *OneHealth***
- **Allerta rapida in caso di eventi estremi ed epidemie da agenti infettive**
- **Collaborazione alla *preparedness* per la risposta nei confronti dei disastri naturali**
- **Migliorare i programmi di controllo delle malattie infettive**
  - **Sicurezza alimentare, programmi vaccinali, identificazione e trattamento dei casi**
- **Sviluppare la sorveglianza nei confronti di:**
  - **Malattie trasmesse da vettori (*focaldiseases*)**
  - **Indicatori di rischio (ad es. concentrazione di aero-allergeni)**
  - **Indicatori di effetto (ad es epidemie da agenti infettivi , suicide, picchi di attacchi di asma)**
- **Adeguate formazione del personale sanitario (ad es effetti dei cambiamenti climatici sulla salute)**

*(Lauriola P. et al. BMJ-GH,2021)*

# Rete Italiana Medici Sentinella per l'Ambiente

- Un sistema dedicato ad **un'attenta osservazione** di un campione della popolazione fornendo informazioni regolari e standardizzate (Van Casteren 1993)
- Che offre la possibilità di «organizzare» in modo utile per la società una caratteristica essenziale dei medici, e cioè di **influenzare i comportamenti** individuali e collettivi (Haimes, 2019)



**RIMSA**  
rete italiana medici  
sentinella per l'ambiente

# ....prossimi impegni

## Missione 6: Salute

- M6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE
  - **Riforma 1: Reti di prossimità**, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, **ambiente e clima**
    - ✓ La definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un **disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico**, in linea con l'approccio "One-Health"
    - ✓ Realizzare presso **ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale**



**PROSPETTIVE**

# DECRETO 23 maggio 2022 , n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. 1

- Il perno del sistema sarà il **Distretto sanitario** al cui interno rivestirà un ruolo fondamentale la **Casa della Comunità dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana**. Rimangono in piedi gli studi dei **medici di famiglia (definiti spoke delle Case della Comunità)** che saranno collegati in rete per garantire aperture h12 sei giorni su sette
- **La Casa della Comunità** è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la **comunità può accedere per poter entrare in contatto** con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria.
- La **telemedicina** è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione

22-6-2022

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 144

disciplina di tali scambi, occorre aggiornare le regole procedurali di carattere tecnico-operativo, il Ministero della giustizia provvede con uno o più decreti emanati ai sensi del comma 1-bis all'adeguamento delle regole procedurali ivi indicate.

2. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice identificativo di cui all'articolo 43, il decreto dirigenziale è adottato sentito altresì il Ministero dell'interno. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice fiscale, fatte salve le discipline in materia di anagrafe tributaria e codice fiscale e le relative competenze del Ministero dell'economia e delle finanze e delle agenzie fiscali, il decreto è adottato altresì sulla base delle prescrizioni tecniche stabilite con decreto dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze.

3. Le tecnologie informatiche sono finalizzate a prevenire e correggere eventuali errori nella immissione, scambio, trasmissione e conservazione dei dati, anche in collegamento con il sistema informatizzato dei registri.»

«Art. 43 (Codice identificativo sulla base delle impronte digitali). — 1. Al fine di consentire la sicura riferibilità di un procedimento ad un cittadino di Stato appartenente all'Unione europea, che non abbia il codice fiscale, ad un cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea, ad una persona di cui non è nota la cittadinanza o ad un apolide, con decreto dirigenziale del Ministero della giustizia, di concerto con il Ministero dell'interno, sentiti la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie - e il Garante per la protezione dei dati personali, sono stabilite le regole tecniche che consentono, nei casi previsti dal presente testo unico, l'adozione di un codice identificativo attraverso l'utilizzazione del sistema di riconoscimento delle impronte digitali esistente presso il Ministero dell'interno, come eventualmente modificato o integrato dalla normativa di attuazione prevista dall'art. 34 della legge 30 luglio del 2002, n. 189, e successive modificazioni.

2. Con lo stesso decreto di cui al comma 1, possono essere determinate le modalità di collegamento tra il sistema previsto dall'art. 2 comma 7 del decreto legge 9 settembre 2002, n. 195, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 ottobre 2002, n. 222, e il casellario giudiziale.»

Note all'art. 4:

— Si riporta il testo dell'articolo 4 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 75 (Attuazione della decisione 2009/316/GAI che istituisce il Sistema europeo di informazione sui casellari giudiziari (ECRIS), in applicazione dell'articolo 11 della decisione quadro 2009/315/GAI).

«Art. 4 (Modalità di trasmissione delle informazioni). — 1. Nella trasmissione delle informazioni relative alla qualificazione giuridica del fatto e alle disposizioni normative applicabili si menziona il codice corrispondente a ciascuno dei reati indicati secondo la tavola comune delle categorie e sottocategorie di reato di cui all'allegato A al presente decreto.

2. In assenza di corrispondenza del reato con una sottocategoria, la trasmissione delle informazioni utilizza il codice "categoria aperta" della pertinente categoria o, in mancanza di essa o di categorie analoghe, il codice "altri reati".

3. Nella trasmissione delle informazioni sul contenuto della condanna, specificamente sulle pene e sulle misure di sicurezza nonché sulle decisioni successive che applicano misure alternative si menziona il codice corrispondente a ciascuna delle pene e delle misure, secondo la tavola comune delle categorie e delle sottocategorie delle pene e delle misure di cui all'allegato B al presente decreto.

4. In assenza di corrispondenza delle pene o delle misure di cui al comma 3 con una sottocategoria, la trasmissione delle informazioni utilizza il codice "categoria aperta" della pertinente categoria di pene e misure o, in mancanza di essa o di categorie analoghe, il codice "altre pene e misure".

5. L'Ufficio centrale provvede a definire la corrispondenza dei reati e delle pene, oltre che delle altre misure di cui al comma 3, con le indicazioni delle tavole di cui agli allegati A e B al presente decreto, curando altresì l'aggiornamento delle stesse.

6. L'Ufficio centrale, nel fornire le informazioni richieste, specifica, ove possibile, se il reato è stato commesso in forma consumata o tentata, con modalità concorsuali, se sono stati riconosciuti e applicati difetti di imputabilità, cause di giustificazione o cause di non punibilità, se è stata riconosciuta ed applicata la recidiva. Può dare, altresì, se pertinenti, informazioni circa la natura e le condizioni di esecuzione delle pene e delle altre misure applicate, secondo i parametri di cui all'allegato B al presente decreto.

7. L'Ufficio centrale indica il parametro "decisioni non penali" soltanto nei casi in cui lo Stato membro di cui la persona interessata ha la cittadinanza fornisca, su base volontaria, informazioni su dette decisioni in risposta a una richiesta di informazioni sulle condanne». — Per l'articolo 42 del citato decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, si vedano le note all'articolo 3.

22G00083

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77.

**Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.**

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA  
E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano», anziché «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano»;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del 2 aprile 2015, n. 70, del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui

DECRETO 23 maggio 2022 , n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. 2

#### 14. **PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO**

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il **Dipartimento di Prevenzione agisce in stretto raccordo con il Distretto** per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate **all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati** alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

## DECRETO 23 maggio 2022 , n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. 3

Elementi cardine di tale organizzazione sono:

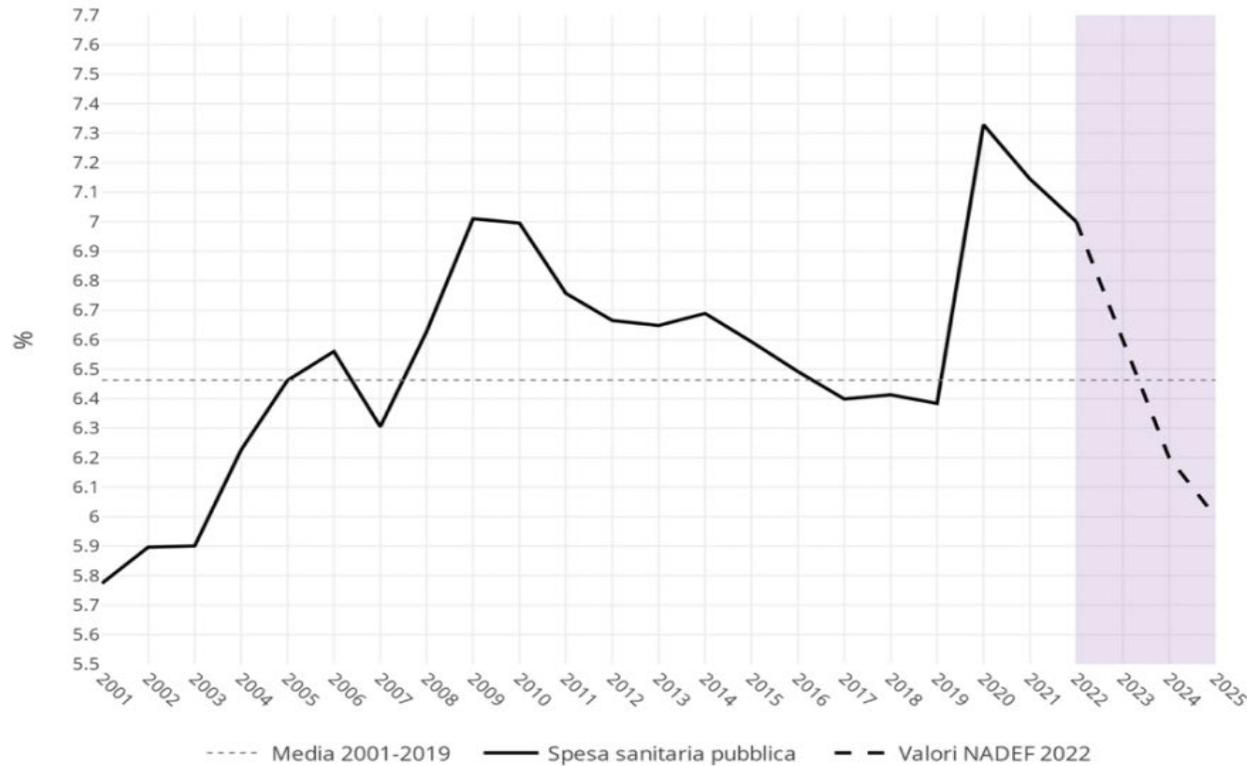
- **valutazione dell'impatto sanitario** (*health impact assessment*) e identificazione del rischio (*risk assessment* e *health equity audit*)
- azioni di **promozione della salute**, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente
- **azioni di preparedness** e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale,
- approccio **sistemico**;
- **comunicazione come strumento di promozione della salute e prevenzione**, per contribuire ad incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria,
- **adozione e implementazione di standard** e processi con valutazione degli stessi
- **formazione continua** degli operatori basata sulle competenze essenziali per ogni profilo professionale (*core competencies*) finalizzata:
- **valorizzazione dell'epidemiologia e uso di dati (sistemi di sorveglianza di popolazione)** ed indicatori, come strumento di monitoraggio, di valutazione di impatto dei programmi, di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.

# DECRETO 23 maggio 2022 , n. 77: commenti

- il PNRR prevede **investimenti** per interventi edilizi e tecnologici, ma **non per risorse umane** (eccezione fatta per l'assistenza domiciliare - 2,7 MLD -> 10% curati a casa nel 2026, rispetto agli attuali 5%), le regioni dovrebbero ricorrere alle risorse attualmente messe a disposizione dal FSN per finanziare la spesa corrente aggiuntiva indotta dai nuovi servizi territoriali come le CdC .
- **l'inquadramento professionale di figure anomale** come quelle dei MMG, tuttora convenzionate e non dipendenti del SSN, rimane **ambiguo e incerto** anche dopo aver aggiunto all'elenco strutture potenzialmente innovative come le CdC.

*(Sole 24ore 12 luglio 2022)*

## Spesa sanitaria pubblica in Italia dal 2001 al 2025.



Fonte dati: OCSE e NADEF 2022.

I dati fino al 2021 sono ottenuti dalla banca dati dell'OCSE mentre i valori dal 2022 al 2025 sono ottenuti dalla **Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza (NADEF)** presentata dal governo Meloni a novembre 2022 che aggiornava quella presentata dal governo Draghi a settembre dello stesso anno

# Referto Corte dei Conti 19 Gennaio 2023

- La NaDef 2022, prevede che la spesa sanitaria, **dopo essere cresciuta in valori cumulati**, nel triennio 2020-2022, di 16,1 miliardi nel triennio 2023-2025 **diminuisca di 4,6 miliardi** (calo di incidenza sul PIL);
- Dal 2008 al 2019, **l'Italia ha ridotto la spesa sanitaria in termini di Pil di due decimi di punto (dal 6,6% al 6,4%)** mentre Francia, Germania e Regno Unito l'hanno aumentata di circa due punti percentuali, portandola ad un valore all'incirca pari o superiore al 10%;
- **la quota di spesa pubblica su quella totale (pubblica e privata), che in Italia si è ridotta dal 77,7% al 76,1%**, mentre in Francia, Germania e Regno Unito è stata pari, rispettivamente, all'84,7%, all'85,1% e all'82,9%.



# Quali problemi?

- Il problema più drammatico per la tenuta del nostro SSN è rappresentato pertanto dalla **carezza di personale medico e infermieristico**;
- Si assiste inoltre **a fughe di medici e infermieri** verso la **sanità privata** e verso gli **altri paesi**, in particolare dai settori più usuranti;
- **L'autonomia regionale differenziata**, amplificazione delle differenze tra regioni, anche livello contrattuale (contrattazione regionale);
- L'assenza di qualsiasi ipotesi di ridefinizione della **formazione dei Medici di medicina generale e del loro rapporto con il SSN**;
- **L'attuale skill-mix non è compatibile** con la riforma della Sanità territoriale prevista dal PNRR.

## How to fix the NHS

Staff are striking while patients face long delays for care. Udani Samarasekera asks what it will take to repair a broken NHS.



The UK's National Health Service (NHS) has faced a winter crisis like no other. Doctors took to social media to describe horrific scenes: patients screaming in hospital corridors and dying on trolleys; overcrowding; queues of ambulances outside; despairing, weeping staff.

Chief Analyst at UK think tank The King's Fund, commented: "If you continually run your health system in the red-zone by not giving it enough resources, then [although] 5000 beds being occupied by flu or 5000 staff being absent because of COVID-19 may not sound like much, [they] are not enough to tip the system into crisis. The health system has not been given "the resources it needs to be resilient to winter pressures, let alone the cocktail of multiple pressures" seen now.

to reversing the years of pay erosion for doctors and their colleagues, as well as changing pension taxation rules that have led senior NHS staff to reduce their working hours or retire early.

Better planning is also needed to fix workforce gaps. Presently, the amount the government allocates for health and social care staff is not linked to projections of future demand. Ideally, McGuire said, "funding and workforce planning needs to be conducted together", especially "as the health-care sector is a labour-intensive sector of the economy, with two-thirds of NHS spending attributed to staff". Professional groups agree. "We need long-term workforce planning, regular monitoring of workforce numbers across the board, particularly in emergency medicine", RCEM's Naravi commented. RCN's Cullen said there is an urgent need for governments across the UK to have NHS workforce plans "which must include new investment in the NHS and social care workforce".

Professor of Health Policy at LSE and co-chair for the LSE-Lancet NHS Commission. Low-level and unstable funding "creates uncertainty for the sector and makes it hard to plan ahead", noted Alderwick. "Reform has been promised and delayed for decades—and this government has done the same, which means it is choosing to prolong major public policy failure that leaves many older and disabled people without the care they need", he said. Enabling primary care to look after more older people and people with chronic conditions could also help. Primary care services need to be strengthened "with a greater capacity to manage patients who are elderly or who have complex multimorbidity in the community", commented Azeem Majeed, Professor of Primary Care and Public Health at Imperial College London, UK. "Primary care management of long-term conditions also needs to be improved to reduce pressure elsewhere in the NHS", he added.

and cons of the use of the commercial sector in the NHS and where has it been shown to work", and then to look at "how can we build on the things that work and actively not go down the path of pouring public sector money into the private sector where it's not proven, or it has proved to be ineffective".

The NHS's ongoing crisis is widespread and deeply rooted, but fixes such as staff pay increases and improving working conditions could help now to steady the workforce and prevent exodus. However, sustained government action is required too, including secure funding boosts for the NHS and social care. "Right now, we can't have any more sticking plasters: we need long-term meaningful action to tackle this crisis", said Naravi. "I think that means investment, cross-party support and political will and action that's longer than short-term and so-called long-term plans."

Udani Samarasekera

## **VobiSNewSLetter Anno XIV – n. 21 - Febbraio 2023**

**Collage di spigolature sul farmaco e nei dintorni della medicina generale**

**Redazione: Paola Mandelli, Saffi Giustini, Gino Santoiemma, Lora Accettura, Umberto Alecci**

**Benvenuti a *VobiSNews*, la newsletter che esce quando è pronta**

---

### **Salute, sanità, politica et al**

---

**SSN e NHS, siamo all'ultima chiamata per salvarli** di Antonio Panti in QS

Concordo del tutto con la "lettera alla sanità" di Ivan Cavicchi, apparsa su QS e, non per autocitazione ma perché il tempo per la difesa del servizio sta per scadere, non posso che riproporre quanto scrivevo su QS il 29.11.22. "A monte di tutte le discussioni sull'assetto dei Servizi, i professionisti della sanità dovrebbero forzare il Governo a stabilire prioritariamente alcuni pochissimi punti fondamentali.

- Primo, il finanziamento cioè la garanzia che non si scenderà al di sotto della percentuale del PIL dei maggiori Stati europei, quale che sia il regime fiscale adottato;
- secondo, i limiti all'autonomia regionale in modo da garantire l'uguaglianza tra cittadini;



Tweet



Condividi 12

🖨️ stampa

## Liste di attesa. Bartoletti (Fimmg): “Connessione territorio-ospedale unica soluzione, sarebbe la rivoluzione del buon senso”

***“L’unica via è la connessione dei sistemi. Non servono ricette miracolistiche. Le Uscar attive nei mesi di maggiore virulenza del Covid lo hanno dimostrato. Nate dalla sinergia tra INMI L.Spallanzani e Medicina generale, hanno operato legando il sistema territoriale a quello ospedaliero. Quell’esperienza indica la strada da seguire”, spiega il vice segretario nazionale vicario Fimmg e segretario della Fimmg Roma.***

**03 FEB** - “La connessione della medicina territoriale con l’ospedale è l’unica strada per ridurre a poca cosa le liste di attesa, vera emergenza del sistema sanitario nazionale e regionale.”

Così **Pier Luigi Bartoletti** vice segretario nazionale vicario Fimmg e segretario della Fimmg Roma.

“La pandemia ha ampliato le dimensioni del fenomeno. La spesa diretta dei cittadini nel 2022 è lievitata a 35 miliardi di euro. Questo tema è stato affrontato ciclicamente negli ultimi 20 anni ma mai risolto. Non esistono soluzioni semplici ad un problema complesso, che vede la sua genesi in un sostanziale non governo della domanda e dell’offerta. Oggi nel Lazio il sistema Recup gestisce circa il 25% dell’offerta totale. Il rimanente è gestito da privati accreditati con Cup locali. Tutti i tentativi messi in campo per risolvere questa criticità non hanno avuto successo”, continua Bartoletti.



FONDO SANITARIO NAZIONALE

# Alla Sanità 4 miliardi in più. Il ministro Schillaci: stop ai medici a gettone

di Claudia Voltattorni | 08 feb 2023

POSIZIONI APERTE  
Commerciale Vendite

trovolavoro

Agente Di Commercio Monomandatario Ene...  
09/02 - ADECCO ITALIA SPA - TORINOSales Representative Italy – Rif. Sri/Sm  
09/02 - DOTTO RESEARCH - TUTTA ITALIA

Oltre 125 miliardi di euro andranno alla sanità. Quasi 4 in più rispetto ad un anno fa. Dopo l'intesa in conferenza Stato-Regioni, il Fondo sanitario nazionale del 2022 destinato alle Regioni sarà più ricco e servirà **per ospedali, medici di base, nuove assunzioni, indennità accessorie per il personale di Pronto soccorso, ridurre le liste d'attesa, l'acquisto di farmaci innovativi.**

# Conclusioni. Che fare?

1. Avviare/continuare una discussione per consolidare le Cure Primarie che coinvolga: Politica sanitaria, Accademia, operatori, perché si tratta di un tema **cruciale per il «nostro» SSN**, affinché **la casa sia il primo luogo di cura**;
2. passaggio dalla logica delle **“prestazioni sanitarie”** al **“servizio per la salute”** e al **“prendersi cura”**;
3. **Valorizzare non la categoria**, ma il **ruolo** delle cure primarie favorendo un approccio comunitario;
4. Fare riferimento al Servizio Sanitario Nazionale, **indicando criteri uniformi a tutte le regioni (IPSOS 1/2/2023, 55% italiani -> priorità sanità)**;
5. Orientare verso un **approccio sistemico, collaborativo e partecipativo**, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo “secondo un approccio One Health”;
6. **Superare la (nuova) tendenza ad «isolare» le cure primarie** a causa della riduzione dei MMG/PLS aggravato dagli strascichi delle misure anti-covid:
7. Puntare **sulla formazione dei nuovi e dei vecchi MMG/PLS** puntando ad una **specifica formazione universitaria** per i medici di medicina generale

IF YOU WANT TO GO FAST, GO ALONE  
IF YOU WANT TO GO FAR, GO TOGETHER

*African Proverb*



[lauriola@isde.it](mailto:lauriola@isde.it)