

# LA PREVENZIONE NEL NUOVO CORSO DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA

Strumenti e investimenti per l'identificazione precoce delle determinanti della fragilità

N. 1/2022 Policy Brief – Area Innovazione

## AUTORI

Maria Vittoria Di Sangro, Eleonora Mazzoni

Come è stato dimostrato dal combinato disposto della pandemia e dei suoi effetti indiretti sullo stato di salute della popolazione, la prevenzione deve essere un elemento centrale dell'assistenza sanitaria integrata. Grazie al PNRR di fronte abbiamo una straordinaria finestra di opportunità da sfruttare per passare da un modello sanitario centrato sulla presa in carico del paziente a livello ospedaliero ad un modello di assistenza sanitaria di comunità, che investe per rallentare ed evitare l'insorgere delle malattie o delle complicazioni ad esse collegate. Questa trasformazione deve riguardare tanto le malattie trasmissibili che le malattie croniche, perché il Covid-19 non ha invertito l'invecchiamento della popolazione, principale tendenza demografica di questo secolo, ed ha pure peggiorato i determinanti "non sanitari" della salute della popolazione. Inoltre, i numerosi ritardi accumulati durante la pandemia nella presa in carico dei pazienti renderanno necessari disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce capaci di contenere gli effetti indiretti dell'epidemia sugli *outcome* di salute della popolazione nel breve e medio termine. Per cogliere la finestra di opportunità che abbiamo davanti bisogna identificare i bisogni a cui ancora dobbiamo rispondere, gli strumenti che possediamo e quelli su cui è possibile investire per darvi una risposta. La prevenzione, che è capace di fungere da volano per la salute e la buona qualità della vita della popolazione, vede anche nella sua *governance* un elemento strategico per il raggiungimento della sostenibilità del sistema. Il policy brief propone un'analisi del contesto, identifica le criticità, gli indirizzi strategici da attuare e le leve di policy da attivare a diversi livelli (nazionale, regionale, territoriale).

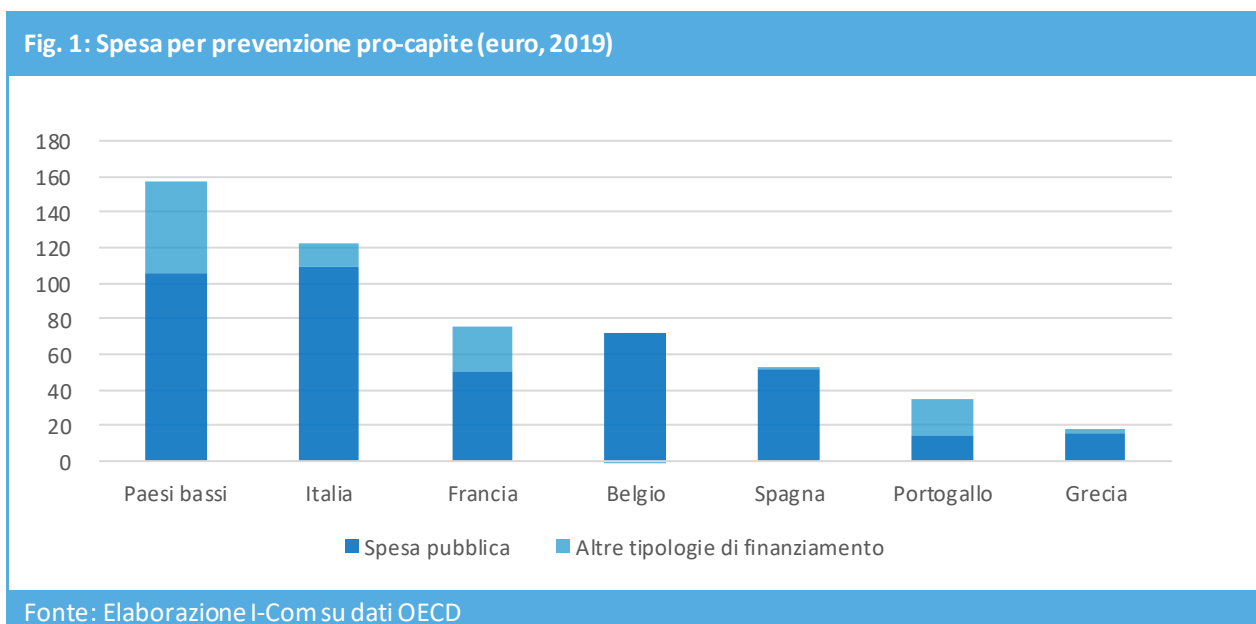
## 1. Prevenzione e promozione della salute

Per **prevenzione** in sanità si intende il complesso delle **misure utili a prevenire la comparsa, la diffusione e la progressione delle malattie** e il determinarsi di danni irreversibili quando la patologia è in atto, promuovendo la salute e il benessere individuale e collettivo. Le attività di prevenzione possono essere suddivise in tre tipologie. Con **la prevenzione primaria** si **previene lo sviluppo di una potenziale patologia**. Ne fanno parte, ad esempio, le vaccinazioni o le attività di promozione di stili di vita salutari. Per **prevenzione secondaria** si intende il **riconoscimento precoce di una malattia** che viene quindi curata prima della comparsa dei sintomi riducendo così al minimo le complicazioni, le cronicizzazioni e le conseguenze particolarmente sfavorevoli. Della prevenzione secondaria fanno parte i programmi di screening (come la mammografia per il tumore alla mammella, gli screening neonatali o l'assorbimetria a raggi X a doppia energia (DXA) per l'osteoporosi) ma anche le attività di **tracciamento dei contatti per le malattie trasmissibili**, come abbiamo potuto vedere durante la pandemia da Covid-19. Nella **prevenzione terziaria** una malattia pregressa, di solito cronica, viene invece trattata allo scopo di **prevenire complicanze o ulteriori danni**. La prevenzione terziaria è quindi relativa agli esiti più complessi di una patologia, dalle probabilità di recidive ai decessi.

Nell'ambito della medicina preventiva bisogna considerare che **il profilo di rischio di ogni individuo è strettamente correlato a fattori quali l'età, il genere, il patrimonio genetico, lo stile di vita e l'ambiente fisico e sociale all'interno del quale vive**. Anche i costi sanitari sono di conseguenza correlati a questi determinanti di salute che hanno origine nelle differenze demografiche, socioeconomiche e/o culturali tra gli individui. Un fondamentale compito della prevenzione nella sua accezione più ampia è quindi anche quello di **ripristinare l'equità in termini di determinanti dei fattori di rischio, che a loro volta porterebbero a una maggiore equità nei livelli di salute individuali**. Lo scopo della prevenzione è quello di formulare strategie di intervento rivolte a gruppi specifici di individui particolarmente esposti a determinati fattori di rischio o inclini a comportamenti pericolosi per la loro salute. In tal senso, **la prevenzione rappresenta uno strumento efficace nella redistribuzione della salute e della longevità**. Come sottolineato anche da diverse organizzazioni internazionali e dall'Istituto Superiore di Sanità, i piani di prevenzione andrebbero rafforzati secondo la visione olistica "One Health", un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse che riconosce che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema sono collegate indissolubilmente.

**In Italia nel 2019, sono stati spesi 7 miliardi e 313 milioni di euro per la prevenzione**<sup>1</sup>. Si tratta per la maggior parte di spesa pubblica: circa 6 miliardi e 493 milioni di euro. Dei 122,4 euro pro-capite spesi annualmente in prevenzione solo 13,7 euro sono spesi *out-of-pocket* (Fig.1). Si tratta tuttavia solo **del 5,6% della spesa sanitaria pubblica corrente** nel 2019. Un dato tendenzialmente costante e, anzi, spesso al di sotto della soglia del 5% negli ultimi dieci anni che include forti differenze regionali. Si ricorda invece che ogni regione dovrebbe destinare ad attività e programmi di prevenzione almeno il 5% della spesa sanitaria, come stabilito dall'intesa tra Stato e Regioni firmata nel dicembre 2009 e ribadito dal decreto legislativo 68/2011.

Nonostante siamo tra i Paesi europei con la più alta spesa pro-capite in questo ambito, la rete territoriale di prevenzione sembra non rispondere agli obiettivi di salute della popolazione sia in momenti di emergenza, come gli ultimi due anni, che in periodi ordinari e mancare di efficienza ed efficacia.



Negli ultimi 20 anni si è registrata una forte **contrazione del numero di Aziende Sanitarie Locali e dipartimenti di prevenzione presenti sul territorio**. Le Asl e i dipartimenti di prevenzione si sono ridotti in tutte le regioni passando complessivamente da 197 Asl e 170 dipartimenti di prevenzione nel 2000 a 99 Asl e 99 dipartimenti di prevenzione nel 2019<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> OECD

<sup>2</sup> Ministero della Salute, "Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale" (dal 2000 al 2019)

Le regioni che hanno subito le maggiori trasformazioni negli ultimi 10 anni sono la Sardegna (passata da otto Asl a una, per poi tornare a otto con una riforma approvata nel settembre 2020), la Toscana (da 12 a 3), la Lombardia (da 15 a 8) e il Veneto (da 21 a 9). La conseguenza più importante è che **il bacino di utenza medio per ogni Asl, e quindi per ogni dipartimento di prevenzione, è aumentato notevolmente.**

L'inefficienza del sistema di prevenzione nelle regioni emerge in prima battuta dai risultati della sperimentazione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) del Ministero della Salute per il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) effettuata sui dati del 2019. Complessivamente il NSG è composto da 88 indicatori, 22 dei quali definiti "CORE" determinano il punteggio complessivo di ogni area di assistenza (i.e. prevenzione e salute pubblica, distrettuale, ospedaliera). Affinché la regione sia adempiente il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell'intervallo di 60-100. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, darà un esito negativo nella valutazione.

Nella Tabella 1 sono indicati **i risultati della sperimentazione degli indicatori CORE dell'area prevenzione per il 2019.** In rosso sono evidenziati i punteggi negativi. In molte regioni, soprattutto del Mezzogiorno, le prestazioni erogate non garantiscono i LEA. **Gli indicatori che presentano maggiori criticità** sono quelli relativi alla proporzione di persone che hanno preso parte ad un **programma di screening oncologico** e all'**indicatore composito ISTAT sugli stili di vita.** Nonostante il punteggio complessivo di molte regioni con questi due indicatori in negativo sia superiore alla sufficienza, **è opportuno tenere conto delle gravi carenze in questi due ambiti.**

I dati relativi al monitoraggio di questi due indicatori sono allarmanti soprattutto se si tiene in considerazione che l'ultima sperimentazione condotta riguarda i dati del 2019 antecedenti alla pandemia che ha poi messo ulteriormente in difficoltà in nostro SSN e peggiorato le condizioni di salute proprio della popolazione più fragile e maggiormente esposta a fattori di rischio. Secondo i dati del Global Burden of Disease (GBD), quasi la metà degli anni di vita in salute persi in Italia nel 2019 sono stati causati da fattori di rischio come fumo, ipertensione, dieta non sana, eccesso di peso, alcol e mancanza di attività fisica.

Tab.1: Risultati della sperimentazione del NSG (2019)

	P01C	P02C	P10Z	P12Z	P14C	P15C	Punteggio complessivo
PIEMONTE	100	100	81	93	68	96	91,7
VALLE D'AOSTA	75	48	57	84	66	100	72,2
LOMBARDIA	100	100	100	100	77	67	91,9
PA BOLZANO	0	3	66	100	89	82	53,8
PA TRENTO	100	100	70	18	90	100	78,6
VENETO	100	100	81	99	75	100	94,1

FRIULI V. GIULIA	79	70	56	100	76	100	80,4
LIGURIA	100	77	62	100	62	82	82,1
EMILIA R.	100	100	89	100	60	100	94,4
TOSCANA	100	100	71	99	66	96	90,7
UMBRIA	100	100	97	99	67	97	95,7
MARCHE	96	86	88	100	73	86	89,5
LAZIO	100	100	73	100	61	71	86,2
ABRUZZO	100	100	70	76	64	75	82,4
MOLISE	100	82	72	95	51	45	76,2
CAMPANIA	100	99	82	97	59	27	78,9
PUGLIA	94	95	96	100	59	34	81,6
BASILICATA	97	71	70	100	53	58	76,9
CALABRIA	100	77	26	95	56	3	59,9
SICILIA	31	66	65	99	52	34	58,2
SARDEGNA	100	84	71	99	68	43	78,3

Fonte: Ministero della Salute

Per l'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica gli indicatori CORE utilizzati per la valutazione sono i seguenti:

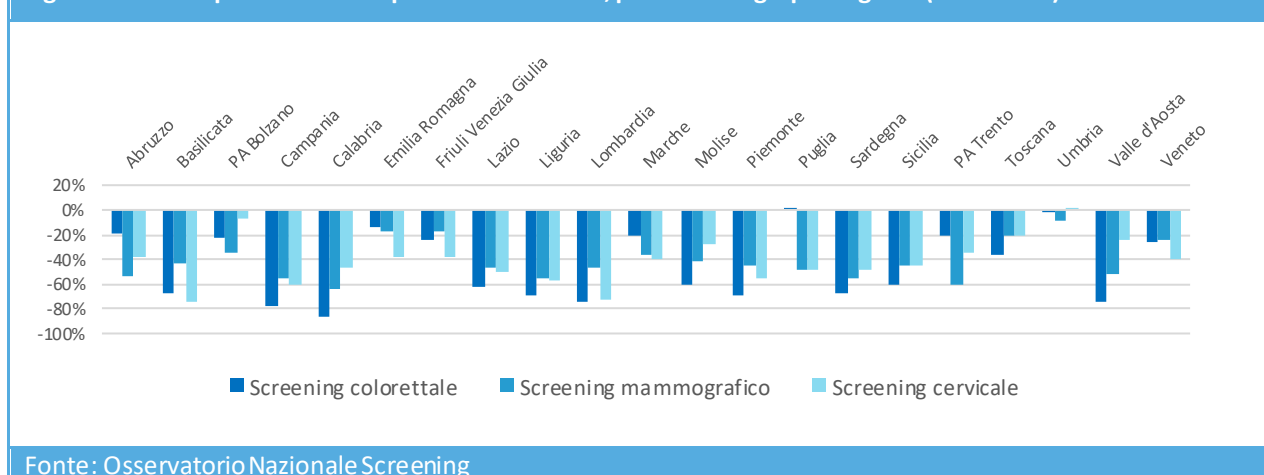
- **P01C** - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
- **P02C** - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
- **P10Z** - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
- **P12Z** - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
- **P14C** - Indicatore composito sugli stili di vita (ISTAT)
- **P15C** - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella, cervice uterina e colon retto.

## 2. Prevenire è meglio che curare: cosa abbiamo imparato dal Covid-19?

La pandemia ha messo il sistema di prevenzione in Italia sotto forte pressione da tutti i punti di vista e ha sottolineato l'urgenza di intervenire per il suo rafforzamento. A fine ottobre 2020, dopo un mese di costante crescita dei casi di Covid-19, il report settimanale dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss) segnalava che il sistema di monitoraggio dei contagi era ormai fuori controllo. Di fronte alla seconda ondata le risorse messe a disposizione dalle regioni per il *contact tracing* si sono rivelate insufficienti. I **dipartimenti di prevenzione delle Asl responsabili per le attività di tracciamento dei contatti** fin dall'inizio dell'emergenza sono stati **messi a dura prova dalla mancanza di personale e di risorse economiche frutto del progressivo** definanziamento subito negli anni.

Inoltre, il sovraccarico del SSN nel suo insieme unito ai periodi di lockdown ha portato ad un **rallentamento complessivo delle attività di prevenzione, presa in carico, gestione e cura dei pazienti**. Per quanto riguarda le attività di prevenzione primaria un esempio lampante sono i programmi di screening oncologico, come testimoniato dai dati diffusi dall'Osservatorio Nazionale Screening. Nel 2020 sono state oltre 750.000 in meno le donne che hanno eseguito la mammografia in *screening* rispetto al 2019, una riduzione del 37,6%. Il numero di persone esaminate tramite *screening* cervicali in meno è pari a 669.742, una riduzione del 43,4%. Per gli *screening* finalizzati a prevenire neoplasie intestinali, sono più di un milione in meno le persone che hanno eseguito il test di *screening* (FIT o Sigmoidoscopia) nel 2020 rispetto al 2019, con una riduzione del 45,5% (Figura 2).

Fig.2: Differenza percentuale tra persone esaminate, per screening e per regione (2019-2020)



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening

La riduzione dei test di screening, determinata sia dal minor numero di inviti che dalla minore partecipazione, permette di stimare il numero di lesioni tumorali che potrebbero subire un ritardo diagnostico pari a 3.324 carcinomi mammari, 2.782 lesioni CIN2+ della cervice uterina, 1.300 carcinomi coloretali e oltre 7.400 adenomi avanzati del colon retto.

Un'indagine condotta nel 2020 ha evidenziato quali **patologie croniche avessero maggiormente subito una riduzione dell'assistenza associata alla pandemia**. Il diabete è risultata la condizione più interessata dalla riduzione delle risorse sanitarie (38%) dovuta al Covid-19, seguita dalla broncopneumopatia cronica ostruttiva (9%), ipertensione (8%), malattie cardiache (7%), asma (7%), cancro (6%) e depressione (6%)<sup>3</sup>.

L'epidemia soprattutto nell'ambito della prevenzione ha reso esplicito che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno. L'eccesso di mortalità provocato dal Covid-19 soprattutto tre le fasce più anziane della popolazione non ha frenato l'invecchiamento della popolazione, ha ridotto ulteriormente i tassi di natalità, peggiorato le condizioni di salute delle fasce già più fragili della popolazione e ridotto le attività di prevenzione e monitoraggio della popolazione. Serve affrontare questi effetti attraverso interventi di sistema oggi per non doverli affrontare da eroi nel medio termine, sacrificando vite ma anche importanti risorse economiche

### 3. Gli strumenti per la prevenzione in Italia

Il Covid-19 ha evidenziato l'esigenza di rimodulare e potenziare gli interventi di prevenzione del rischio e promozione della salute basati su reti integrate di servizi sociosanitari e sul coinvolgimento della popolazione in processi di *empowerment*. **Il nuovo Piano per la Prevenzione 2020-2025 è uno strumento che si auspica riuscirà a sistematizzare gli obiettivi di questo complesso ambito**. Ma, come sappiamo, **ogni obiettivo rimane fine a sé stesso senza un sistema di valutazione adatto a misurarne il raggiungimento**. Un elemento critico nella prevenzione è sicuramente il monitoraggio e la valutazione degli interventi. Quando si tratta di medicina ospedaliera o distrettuale è più semplice creare degli indicatori di misurazione di performance, questi possono essere il numero di visite specialistiche, gli interventi eseguiti o i pazienti over 65 trattati in assistenza domiciliare. **Sulla prevenzione e in particolare sugli stili di vita gli indicatori sono spesso generici**. Inoltre anche in situazioni ordinarie **la maggior parte dei risultati di una buona rete di prevenzione primaria si può osservare dopo 5-10 anni dall'implementazione delle misure**.

---

<sup>3</sup> F. Galimberti, S. Bonomi Boseggia, E. Tragni, "Conseguenze della pandemia di Covid-19 sull'accesso e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie" (2021)

**Migliorare la valutazione degli interventi era già un obiettivo del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018.** Questo piano rappresentava la seconda fonte di finanziamento per la prevenzione, dopo il Fondo sanitario nazionale, e aveva lo scopo di **aiutare le regioni a pianificare gli interventi di prevenzione da realizzare nei territori.**

Il cinque per mille dei fondi del Piano dovevano essere destinati a **tre gruppi di supporto alle regioni**: l'Osservatorio Nazionale *Screening*, l'Associazione italiana registri tumori e il gruppo di Evidence based prevention (Ebp). Proprio quest'ultimo aveva il compito di identificare e raccomandare alle regioni gli interventi di prevenzione più efficaci. I fondi, circa un milione di euro per l'anno dal 2014, sono stati ripartiti tra le regioni che a loro volta li hanno distribuiti alle Asl ma non ai gruppi, che senza finanziamenti non hanno potuto svolgere adeguatamente le proprie mansioni.

Sulla base dell'esperienza del precedente Piano, **gli obiettivi esplicitati nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 sono:**

- Riaffermare il modello di governance intersettoriale e multilivello;
- Sostenere la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) alle emergenze sanitarie;
- Incentivare un maggiore coinvolgimento della comunità e dei suoi gruppi di interesse, attraverso idonei modelli organizzativi;
- Favorire il processo di attuazione dei LEA della prevenzione anche attraverso un adeguato sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati;
- Promuovere le attività di prevenzione volte ad integrare le azioni già previste da leggi, regolamenti o Piani di settore con quelle improntate a sostenere una nuova visione e cultura della prevenzione.

Nonostante l'obiettivo dichiarato di rafforzare la prevenzione, **il finanziamento per questo piano è rimasto invariato rispetto ai precedenti: 200 milioni di euro l'anno da dividere tra le regioni.** Questa cifra si era già rivelata insufficiente per il Piano precedente anche alla luce del fatto che i gruppi di supporto (destinatari del 5 per mille del fondo) non hanno potuto ricevere i finanziamenti del Piano. Il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione contenuto all'interno del PNP 2020-2025 potrebbe rappresentare sicuramente uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza ai LEA della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". Il suo utilizzo andrebbe contestualizzato all'interno di ogni processo che concorre al raggiungimento dei Macro Obiettivi del Piano.



In questo contesto è però opportuno ricordare che in Italia esistono e sono già attivi due importanti sistemi di sorveglianza. Si tratta di Passi<sup>4</sup> (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) e Passi d'Argento<sup>5</sup> dell'Istituto Superiore di Sanità. Due **indagini periodiche (survey) nazionali sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi** che mirano ad ottenere informazioni sui **bisogni e sulla qualità del sistema integrato di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali**, rispettivamente, per la popolazione tra i 18 e i 64 anni e over 65. Questi programmi di sorveglianza potrebbero costituire uno strumento fondamentale per monitorare l'implementazione delle azioni del Piano e l'andamento nel tempo dei risultati di salute ottenuti.

A metà ottobre 2021, il Ministero della Salute ha emanato una circolare che fornisce indicazioni su come implementare la sorveglianza basata su eventi a livello nazionale. Vale a dire la **rete nazionale di epidemic intelligence**. La rete è composta da analisti che vengono formati e certificati dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero, designati dai rappresentanti dei servizi sanitari pubblici (ministero della Salute, ISS, Regioni/PA, ASL, IRCCS, ecc.). L'obiettivo della sorveglianza basata su eventi resta quello di **identificare tempestivamente tutte le notizie su malattie trasmissibili sul territorio nazionale che siano inattese, inusuali o rilevanti per la sanità pubblica**. Ogni settimana verrà emanato un bollettino che includa tutti gli eventi identificati dalla rete. Saranno considerati per l'inclusione nel bollettino periodico, ha precisato il Ministero, gli eventi che possano costituire una emergenza di sanità pubblica. Inoltre, è stato messo a disposizione della rete un algoritmo decisionale per la valutazione dei segnali e degli eventi. I referenti del Ministero della Salute valuteranno le notizie ricevute e richiederanno la verifica e la validazione ai referenti regionali per quelle di interesse nella prospettiva di una segnalazione internazionale. I referenti regionali, a loro volta, verificheranno le notizie di loro competenza per dare seguito ad eventuali misure di controllo e notifica sul proprio territorio.

**Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza può rappresentare un'occasione anche per la riorganizzazione e il rifinanziamento della prevenzione.** Il piano, infatti, si apre con la considerazione che: *“la pandemia di Covid-19 è sopraggiunta in un momento storico in cui era già evidente e condivisa la necessità di adattare l'attuale modello economico verso una maggiore sostenibilità ambientale e sociale”*. Inoltre, l'introduzione alla Missione Salute del PNRR recita: *“la pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale (del SSN, ndr), che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto”*. Anche se **la prevenzione non è**

---

<sup>4</sup> <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

<sup>5</sup> <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/info/info>

**esplicitamente finanziata** attraverso le due componenti della Missione Salute, grande enfasi viene data alle infrastrutture delle tecnologie della comunicazione e informazione (ICT) come supporto della telemedicina e della digitalizzazione del sistema sanitario, fattori abilitanti per l'efficientamento delle attività di prevenzione. È doveroso inoltre tenere presente che **il PNRR promuove un approccio One Health che, per definizione, non può escludere la prevenzione.** Infine, la ristrutturazione dell'assistenza territoriale dovrà essere volta a favorire la presa in carico della persona sotto ogni punto di vista e **passerà anche attraverso l'introduzione dell'Infermiere di comunità, figura che svolgerà pure un ruolo di supporto all'educazione sanitaria e, di conseguenza, alla prevenzione e all'adozione di stili di vita salutari.** L'epidemia ha messo in evidenza come l'impostazione di un sistema sanitario basato principalmente sulla diagnosi e la cura ci abbia portati impreparati all'arrivo del coronavirus, faticando infatti a dare importanza alle misure preventive a ogni stadio dello sviluppo dell'epidemia e ai suoi effetti indiretti sugli *outcome* di salute della popolazione, e agendo quasi sempre in ritardo rispetto alla dinamica del contagio.

Con il d.l. n.59 del 6 maggio 2021 il Ministero della Salute ha poi proposto un piano complementare alla Componente 1 della Missione Salute del PNRR. Il progetto è incentrato sull'**istituzione del Sistema Nazionale Salute, Ambiente e Clima (SNPS)** come nuovo assetto di prevenzione collettiva e sanità pubblica, in linea con l'approccio *One Health*. Il piano è concepito per **migliorare ed armonizzare le politiche e le strategie di attuazione della prevenzione e risposta del SSN alle malattie acute e croniche** - trasmissibili e non trasmissibili - associate a rischi ambientali, anche attraverso un'interfaccia sistematica con il Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA).

## CONCLUSIONI E KEY TAKEAWAYS

---

Alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da Covid-19 e in un contesto di conseguente crisi economica è **necessario che il SSN si ponga nuovi obiettivi organizzativi**. Con la priorità di garantire **equità, continuità e omogeneità di accesso** agli interventi preventivi e a prestazioni sanitarie di qualità per tutti i cittadini è indispensabile programmare e progettare una **rete coordinata e integrata tra gli ospedali e le diverse strutture e attività presenti sul territorio**: nessuno dei presidi, da solo, può infatti rappresentare una risposta adeguata ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica della popolazione.

È necessario quindi disporre di **sistemi flessibili di risposta**, con capacità di richiamare su temi emergenti risorse umane per i compiti da svolgere in tempi rapidi. **Questa capacità di reazione alle emergenze va preparata con formazione di operatori di tutti i settori che al momento opportuno possano lavorare in sinergia per il perseguimento di uno stesso obiettivo**.

La *governance* della prevenzione deve essere considerata un elemento strategico per le scelte di policy e di programmazione degli interventi e fondarsi sull'**integrazione delle politiche nazionali, regionali e locali attraverso una pianificazione coordinata, condivisa e partecipata** delle stesse, per favorire il raggiungimento dei risultati di salute.

## LE CRITICITA'

---

- Le attività di prevenzione sono state colpite nel tempo da una riduzione delle Asl, dei dipartimenti di prevenzione e di personale, con conseguente allargamento del bacino di utenza. Questo ha provocato inefficienza nell'erogazione e nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini;
- Il Covid-19 ha contribuito alla riduzione delle attività di prevenzione sia per effetto diretto delle misure di contenimento dell'epidemia, che per effetto indiretto sul tasso di partecipazione della popolazione ai programmi di prevenzione;
- Il Covid-19 ha peggiorato le condizioni di salute dei pazienti cronici per i quali il corretto stile di vita, unito alla compliance in termini di prevenzione terziaria, sono fondamentali a

garantire una buona qualità della vita e migliori outcome di salute;

- Esistono significative differenze tra le regioni italiane nella messa a terra dei programmi di prevenzione e questo è testimoniato anche dalle differenze nei valori degli indicatori per la prevenzione all'interno del Nuovo Sistema di Garanzia;
- I sistemi di monitoraggio e valutazione degli interventi di prevenzione sono carenti;
- Le regioni fanno fatica a pianificare e programmare in modo omogeneo gli interventi di prevenzione integrandoli nella programmazione sanitaria. Ciò, nonostante il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione sia contenuto all'interno del PNP.

### GLI INDIRIZZI STRATEGICI

---

- Passare da una assistenza basata sulla cura del paziente ad una assistenza basata sulla comunità secondo il concetto di "population health management"
- Integrare la prevenzione nella programmazione sanitaria
- Ridurre le disuguaglianze territoriali subite dai cittadini, dovute a diversi standard regionali di prevenzione e di accesso
- Sfruttare le opportunità esistenti per gli investimenti in sanità

### LE RISPOSTE E LE LEVE DI POLICY

---

#### ➤ MACRO (NAZIONALE)

- Il tema della buona salute deve essere promosso e diffuso sin dall'epoca prenatale attraverso attività di sensibilizzazione ed educazione sanitaria: il cittadino deve essere al centro delle scelte che riguardano il suo benessere;
- La capacità di *intelligence* del sistema necessita di essere rafforzata a livello nazionale e questo può essere fatto anche grazie agli investimenti e obiettivi previsti dal Next Generation EU. La programmazione delle attività di prevenzione dovrebbe entrare

negli obiettivi che si pone il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute previsto dalla Missione 6 del PNRR;

- Il panel di malattie incluso nei programmi di screening deve essere ampliato per rispondere al cambiamento nell'epidemiologia della popolazione e nella domanda di salute;
- I sistemi di sorveglianza attivi sul territorio come il Passi e Passi d'Argento dovrebbero essere previsti quali strumento per il monitoraggio della performance della rete di prevenzione parallelamente al Nuovo Sistema di Garanzia.

➤ **MESO (REGIONALE)**

- Il CIP (Coordinamento Interregionale Prevenzione), organismo tecnico di raccordo tra la Commissione Salute e i Gruppi Tecnici Interregionali, deve essere reso il punto di partenza per la sistematizzazione e la diffusione delle *best practice* tra le regioni;
- Gli assetti strutturali della prevenzione nelle regioni dovrebbero essere resi omogenei secondo linee guida organiche (comprehensive di standard di servizio), definite a livello centrale e d'intesa con le regioni;
- La compliance del paziente alle cure, soprattutto per la prevenzione terziaria, dovrebbe essere considerata all'interno degli indicatori Core del Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio e la valutazione dell'area della prevenzione nelle regioni italiane.

➤ **MICRO (TERRITORIALE)**

- Le competenze e la formazione dei professionisti della prevenzione devono essere oggetto di investimento e gli operatori della salute in questo campo dell'assistenza devono poter accedere ad un manuale per la formazione redatto dal Ministero della Salute;
- Le Case della Comunità, previste come struttura portante dell'assistenza territoriale integrata dal PNRR, devono essere pensate e realizzate come luogo di cura e non solo come struttura fisica. Al loro interno va inserita la figura dell'Infermiere di Comunità, che può supportare l'educazione alla salute dei pazienti e la diffusione di stili di vita salutari;
- Strutture e progetti già esistenti e funzionali devono essere tutelati, il loro ruolo e le loro attività dovrebbero essere promosse nella popolazione residente. Un buon esempio è rappresentato dai consultori familiari. Tali presidi erogano una notevole

varietà di servizi e sono capillari sul territorio ma spesso i cittadini non sono a conoscenza dell'offerta di tali strutture.