

## LEA E PREVENZIONE

### CRITICITA'

Francesco Paolo La Placa  
Programmazione Territoriale  
Assessorato della Salute  
Regione Siciliana



- «Nuovi» livelli essenziali di assistenza (DPCM 2017...2024)
- Piano nazionale della prevenzione 2020 – 2025
- Programmi nazionali di screening oncologici
- Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025



**LEA: prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini**, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

#### LIVELLI

- **Prevenzione collettiva e sanità pubblica**, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli:
  - sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
  - tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
  - sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
  - salute animale e igiene urbana veterinaria;
  - sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
  - sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
  - attività medico legali per finalità pubbliche.
- **Assistenza distrettuale (PDTA, Liste di attesa)**
- **Assistenza ospedaliera**



## Piano Nazionale della Prevenzione 2020 - 2025

### MACRO OBIETTIVI

- **Malattie croniche non trasmissibili**
- **Dipendenze e problemi correlati**
- **Incidenti stradali e domestici**
- **Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali**
- **Ambiente, clima e salute**
- **Malattie infettive prioritarie**



## PNPV

### OBIETTIVI

- mantenere lo stato **Polio free**
- raggiungere e mantenere l'**eliminazione di morbillo e rosolia**
- rafforzare la **prevenzione del cancro della cervice** uterina e delle altre malattie HPV correlate
- raggiungere e mantenere le **coperture vaccinali target** rafforzando Governance, Reti e percorsi di prevenzione vaccinale
- promuovere **interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio** per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente
- **ridurre le disuguaglianze** e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale
- completare l'**informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali** e mettere a **regime l'anagrafe vaccinale nazionale**
- migliorare la **sorveglianza** delle malattie prevenibili da vaccino
- rafforzare la **comunicazione** in campo vaccinale
- promuovere nei professionisti sanitari la **cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia**.



- **Questi programmi sono completi?**

Molti interventi non sono compresi nei LEA

- Screening per Diabete mellito di tipo 1 (*potenziale ritardo nell'insorgenza*)
- Screening per Epatite C (*potenziale eradicazione*)
- Prevenzione dell'infezione da RSV nei neonati e bambini sotto 1 anno di età (*riduzione di ricoveri e della mortalità*)
- Screening per il Glaucoma (*prevenzione della cecità*)
- Screening per carcinoma polmonare nei soggetti a rischio (*riduzione mortalità*)
- Screening per il carcinoma prostatico (*riduzione mortalità*)
- ...
- Tutti gli interventi sono limitati a classi di età e di rischio per minimizzare il rapporto costo beneficio, anche se alcune Regioni hanno ampliato il target
- Il meccanismo di aggiornamento dei «nuovi» LEA non si è dimostrato rapido.
- Le regioni in piano di rientro sono state fortemente penalizzate





- Questi programmi sono completi?
- Sono sufficientemente finanziati?
  - A fronte dell'incremento progressivo del Fondo Sanitario Nazionale in valore assoluto, la % di PIL destinata al FSN non aumenta
    - difficoltà far fronte alle maggiori richieste (farmaci, dispositivi) e ai costi del personale
  - Impossibilità per le regioni in piano di rientro di finanziare le prestazioni non LEA
  - Anni di blocco del turnover del personale (per erogare i LEA non basta riconoscere il valore di una prestazione, ci vuole una organizzazione, il personale, le strutture...)

- **Nel FSN i 123 mld di finanziamento indistinto (2023) comprendono, per la prevenzione:**
  - 4,3mln per la prevenzione cura della fibrosi cistica
  - 50 mln prevenzione e cura ludopatie
  - 186 mln concorso rimborso acquisto vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini (da verificare ad opera del comitato permanente per la verifica dei lea)
  - 33,71 mln accertamenti diagnostici neonatali obbligatori
  - 100 mln anche per la promozione della salute delle professioni sanitarie
  - 200 mln per l'aggiornamento dei LEA
  - 314 mln per le prime misure del PANFLU
  - 365 mln di fondi aggiuntivi per il recupero delle liste di attesa





- Questi programmi sono completi?
- Sono sufficientemente finanziati?
- Sono realizzati? (i LEA sono garantiti?)
  
- Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)



### **Nuovo Sistema di Garanzia (NGS)**

88 indicatori, distribuiti per macro-aree (o macro-livelli) di assistenza:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA); questi ultimi si riferiscono a 6 PDTA (broncopneumopatia cronica ostruttiva - BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore della mammella nella donna, tumore del colon, tumore del retto) e consentono di monitorare e valutare il percorso diagnostico-terapeutico specifico per ciascuna delle patologie considerate.





Tabella 1. Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia e loro significato, per area di assistenza

a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Id.	Indicatore	Significato
★ P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Indicatori per il monitoraggio dei livelli di copertura delle attività di prevenzione delle malattie infettive, con riferimento alle vaccinazioni effettuate nell'età pediatrica.
★ P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	
P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	
P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	
P05C	Copertura vaccinale anti-HPV	
P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	Indicatore per il monitoraggio della copertura della vaccinazione antinfluenzale, misura finalizzata a prevenire la morbosità per influenza e le sue complicanze nella popolazione anziana, nonché l'eccesso di mortalità.
P07C	Denunce d'infortunio sul lavoro (P07Ca: Denunce di infortunio sul lavoro; P07Cb: Infortuni sul lavoro riconosciuti)	Indicatori per il monitoraggio delle attività (ispezioni, controlli, sorveglianza sanitaria) finalizzate alla prevenzione degli infortuni sul lavoro.
P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	Indicatore per il monitoraggio delle garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente.
P09Z	Copertura delle principali attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva ai fini delle garanzie di sanità pubblica	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività finalizzate a prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che possano influenzare la salute dei cittadini per il loro potenziale zoonotico.
★ 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	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento,</li> <li>- il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario,</li> <li>- il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.</li> </ul>

★ Indicatori CORE







Id.	Indicatore	Significato
P11Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività volte a verificare il rispetto delle norme di benessere animale negli allevamenti e all'atto della macellazione, per l'impatto che queste prescrizioni hanno sulla salute degli animali produttori di alimenti, riducendo il ricorso a trattamenti terapeutici. Inoltre, il rispetto delle norme di benessere animale contribuisce a ridurre la diffusione di patogeni zoonotici nella filiera produttiva.
★ 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	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino.
P13Z	Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti	Indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a verificare le garanzie di sicurezza alimentare per i cittadini, con particolare riguardo ai rischi biologici, fisici, chimici e alle informazioni per il consumatore.
★ P14C	Indicatore composito sugli stili di vita	Indicatore composito volto a monitorare i cambiamenti, nel tempo, della frequenza di fattori di rischio comportamentali o stili di vita associati all'insorgenza di malattie croniche non trasmissibili.
★★★ P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto	Indicatore composito per la misura delle attività dei programmi organizzati di screening oncologici e dell'adesione agli stessi da parte della popolazione invitata.
P16C	Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	Indicatore per la misura della capacità dei programmi di screening di identificare i tumori precocemente al fine di ottimizzare le capacità di intervento.

★ Indicatori CORE

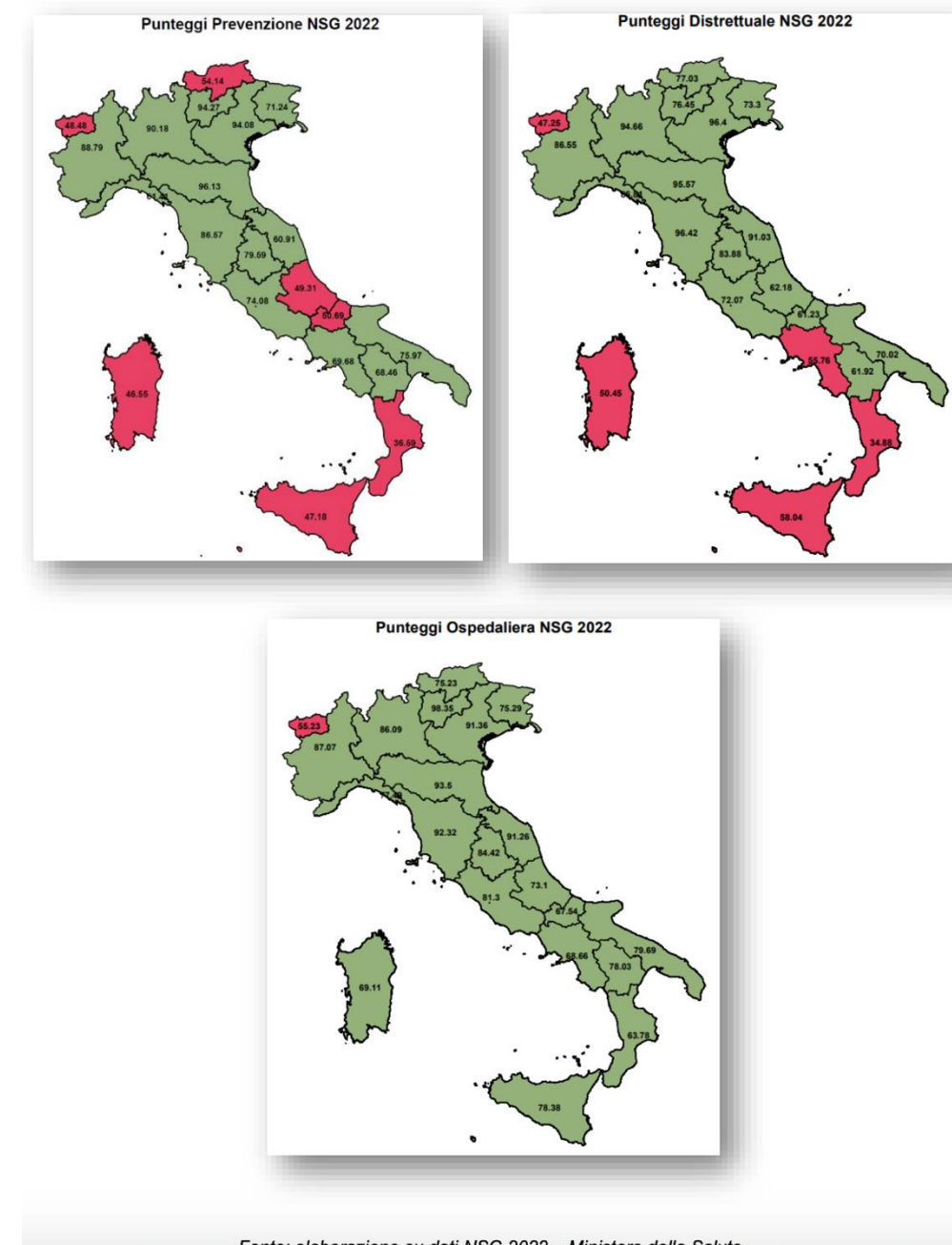


*Ministero della Salute*

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco  
 e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale  
 Ex Direzione generale della programmazione sanitaria  
 Ufficio 6

**Monitoraggio dei LEA  
 attraverso il Nuovo Sistema  
 di Garanzia**

**Relazione 2022**



Fonte: elaborazione su dati NSG 2022 - Ministero della Salute



#### INDICATORI «CORE»

- L'analisi evidenzia che la copertura vaccinale nei **bambini a 24 mesi** per ciclo base contro **polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Hib (P01C)** supera la soglia in **14 Regioni**, e la copertura contro **morbillo, parotite e rosolia (P02C)** raggiunge il punteggio massimo, ovvero 100, solo in 5 Regioni (Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Emilia Romagna e Campania). Laddove il punteggio finale è pari a zero, o comunque molto basso, potrebbe aver inciso il passaggio alla fonte informativa dell'Anagrafe Vaccinale Nazionale (AVN).
- L'indicatore sui **controlli veterinari (P10Z)** risulta superiore alla soglia in pressoché tutte le Regioni e registra mediamente un miglioramento rispetto al 2021. L'indicatore relativo alla copertura delle **attività di controllo degli alimenti (P12Z)** risulta critico in Campania e Valle d'Aosta e in peggioramento rispetto all'anno precedente in diverse Regioni. **L'indicatore sintetico sugli stili di vita (P14C)** evidenzia situazioni di criticità in tutta l'area meridionale del Paese e decresce per quasi tutte le Regioni rispetto al 2021, denotando un lieve aumento dei comportamenti a rischio per la salute (dato Italia 39,23 nel 2022 vs 38,38 nel 2021).
- Gli indicatori di copertura degli screening oncologici (P15C), sostanzialmente stabili rispetto al 2021, confermano una situazione **complessivamente inferiore al 50% del target**, in tutte e tre le campagne (carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto) e molto diversificata tra le varie Regioni: si registra infatti un'ampia variabilità regionale, con maggiori criticità per lo screening per il tumore del colon-retto, soprattutto nel Centro-Sud del Paese





Tabella 5b. Risultati NSG – sottoinsieme CORE, area prevenzione, anno 2022 (2/2)

Regioni	P14C Indicatore composto sugli stili di vita (Istat)		P15C Proporzione di persone (in età target) che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto			
	Valore Indicatore (%)	Punteggio finale	Valore Indicatore cervice (%)	Valore Indicatore mammella (%)	Valore Indicatore colon-retto (%)	Punteggio finale
Piemonte	38,02	<b>65,28</b>	59,02	42,90	47,35	<b>89,46</b>
Valle d'Aosta	36,86	<b>68,38</b>	49,88	73,46	24,98	<b>85,58</b>
Lombardia	34,86	<b>73,69</b>	20,11	50,42	43,35	<b>71,49</b>
P.A. Bolzano	28,77	<b>89,93</b>	52,70	51,61	31,25	<b>85,53</b>
P.A. Trento	31,39	<b>82,95</b>	58,00	71,15	53,84	<b>100,00</b>
Veneto	33,35	<b>77,73</b>	64,93	60,15	56,62	<b>100,00</b>
Friuli Venezia Giulia	37,85	<b>65,73</b>	115,39	54,36	49,93	<b>95,96</b>
Liguria	39,40	<b>61,59</b>	38,55	49,05	31,72	<b>78,30</b>
Emilia Romagna	37,07	<b>67,80</b>	65,61	67,24	53,28	<b>100,00</b>
Toscana	36,97	<b>68,09</b>	58,97	58,50	39,20	<b>93,44</b>
Umbria	39,33	<b>61,77</b>	40,65	62,56	40,74	<b>90,08</b>
Marche	38,52	<b>63,94</b>	43,56	45,94	32,02	<b>79,47</b>
Lazio	37,56	<b>66,50</b>	37,12	37,94	17,68	<b>58,27</b>
Abruzzo	41,00	<b>59,00</b>	37,01	38,01	17,67	<b>57,23</b>
Molise	45,55	<b>54,45</b>	38,17	40,13	25,32	<b>69,93</b>
Campania	48,44	<b>48,56</b>	26,79	23,44	12,04	<b>34,43</b>
Puglia	44,10	<b>55,90</b>	41,56	30,13	11,40	<b>46,80</b>
Basilicata	49,03	<b>47,97</b>	31,58	29,99	32,47	<b>63,48</b>
Calabria	46,01	<b>53,99</b>	12,29	8,61	2,72	<b>3,05</b>
Sicilia	45,72	<b>54,28</b>	28,67	27,25	10,34	<b>36,21</b>
Sardegna	34,54	<b>74,57</b>	30,90	22,70	14,12	<b>38,81</b>
ITALIA	39,23	<b>62,05</b>	41,23	43,10	28,23	<b>74,69</b>

Screening !



#### «INDICATORI NO CORE»

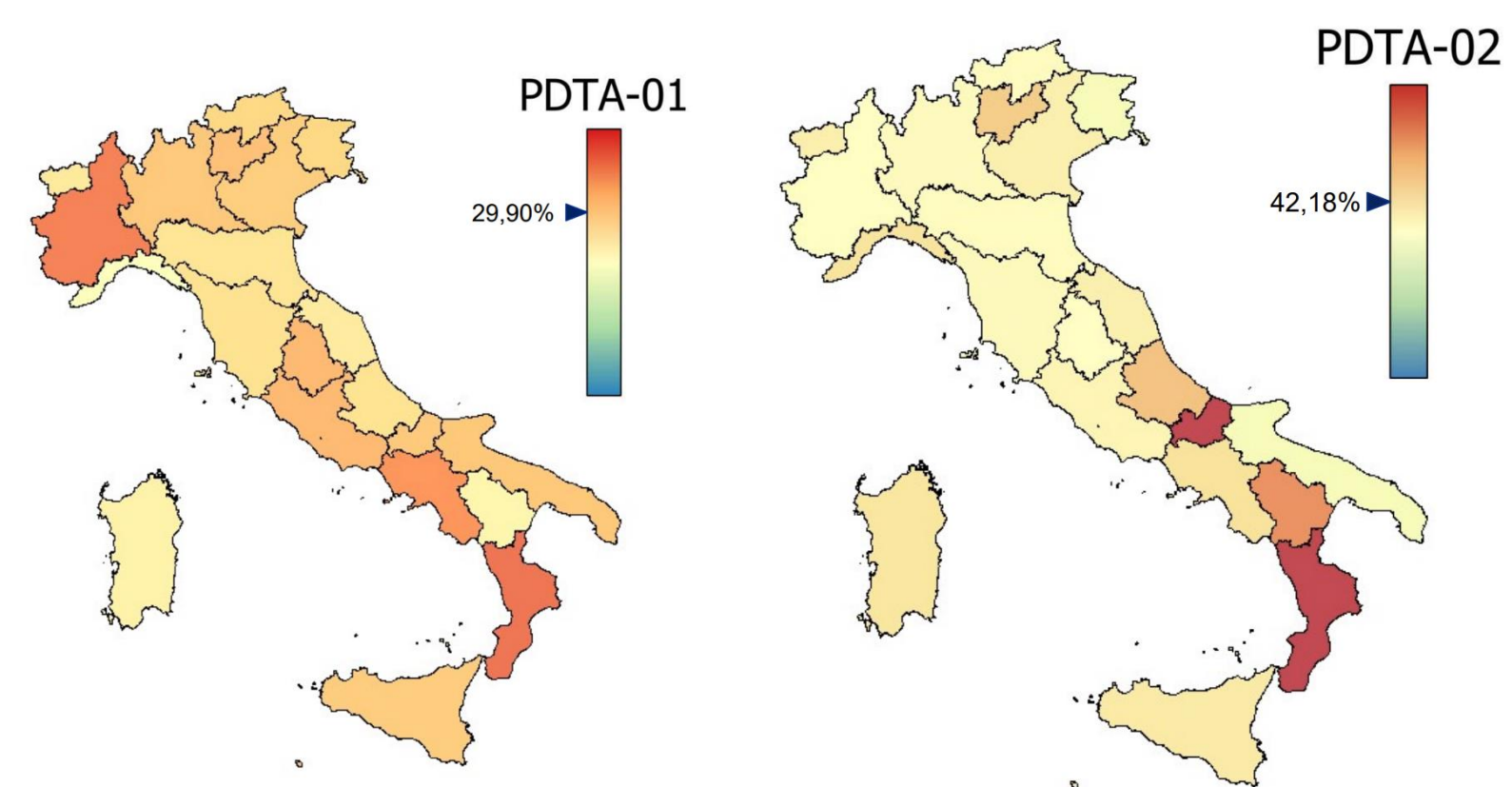
Per l'area della prevenzione, i dati del 2022 indicano che:

- la copertura vaccinale **anti-pneumococcica** (P03C) in età pediatrica (24 mesi) è sostanzialmente invariata, in leggero aumento a livello nazionale rispetto al 2021, ma ancora in quasi tutte le Regioni al di sotto del valore soglia del 95%, con valori regionali compresi tra il 73% (P.A. Bolzano) e circa il 95% (Emilia Romagna).
- La copertura vaccinale **anti meningococcica C** (P04C) in età pediatrica (24 mesi) mostra percentuali in aumento, dopo la riduzione avuta nel biennio pandemico 2020-2021, rilevata in particolare nelle Regioni meridionali. Anche in questo caso i valori regionali restano al di sotto del valore soglia del 95%, oscillando dal 64% (P.A. Bolzano) a circa il 94% (Emilia Romagna e Lombardia).
- Decisamente sotto la soglia attesa risulta la copertura vaccinale **anti papillomavirus (HPV)** per le bambine adolescenti (P05C), che si attesta su un valore medio nazionale del 38,8%.
- I valori medi nazionali di copertura vaccinale **antinfluenzale nell'anziano** (indicatore P06C) per la stagione 2021- 2022 sono diminuiti rispetto alla stagione 2020-2021, ma risultano tendenzialmente in ripresa rispetto alla stagione 2019-2020. I valori regionali sono compresi tra il 37,3% (Sardegna) e circa il 69% (Umbria), ma comunque al di sotto della soglia del 75%, considerato l'obiettivo minimo per la campagna.





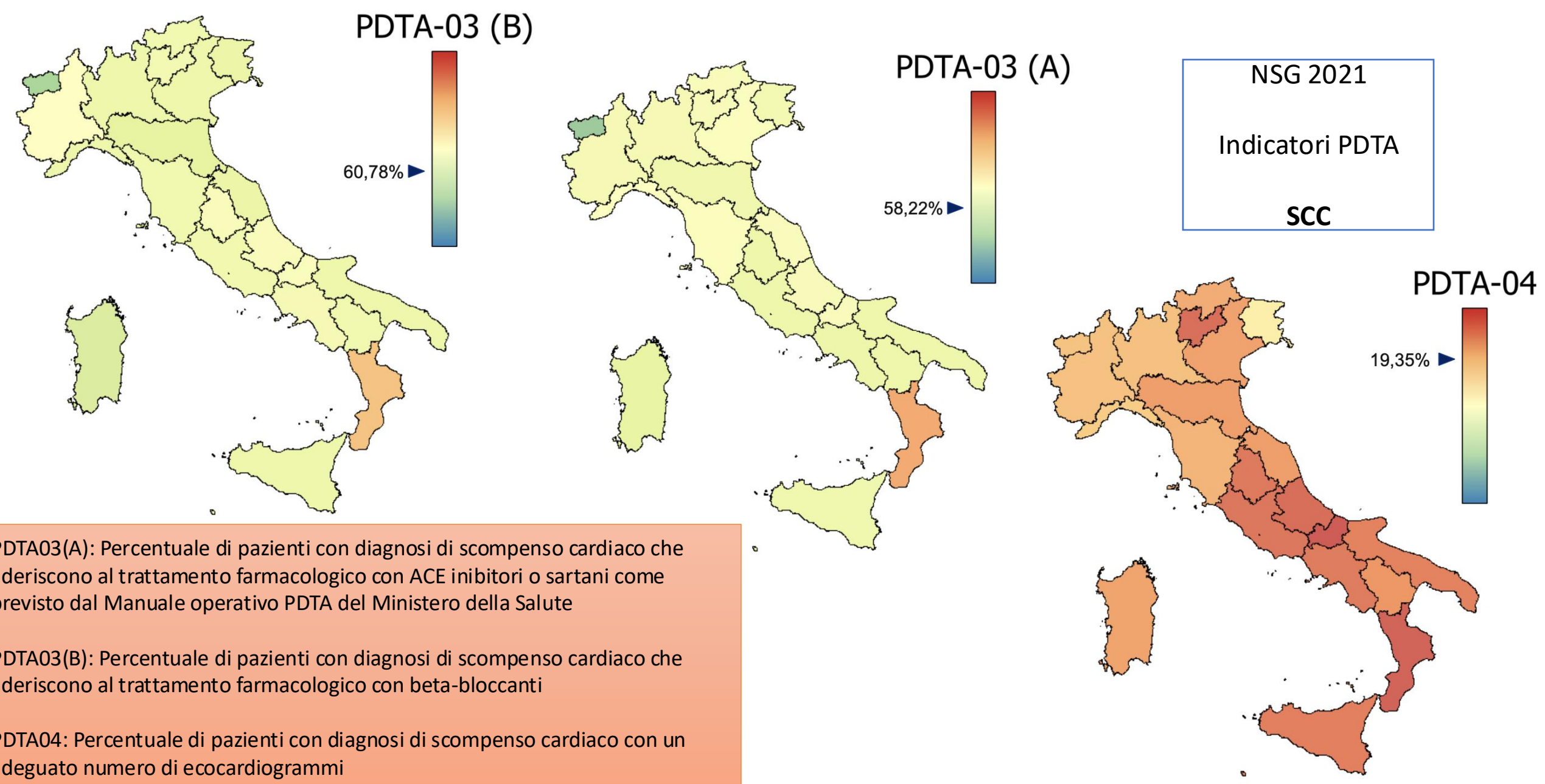
NSG  
Indicatori PDTA  
BPCO

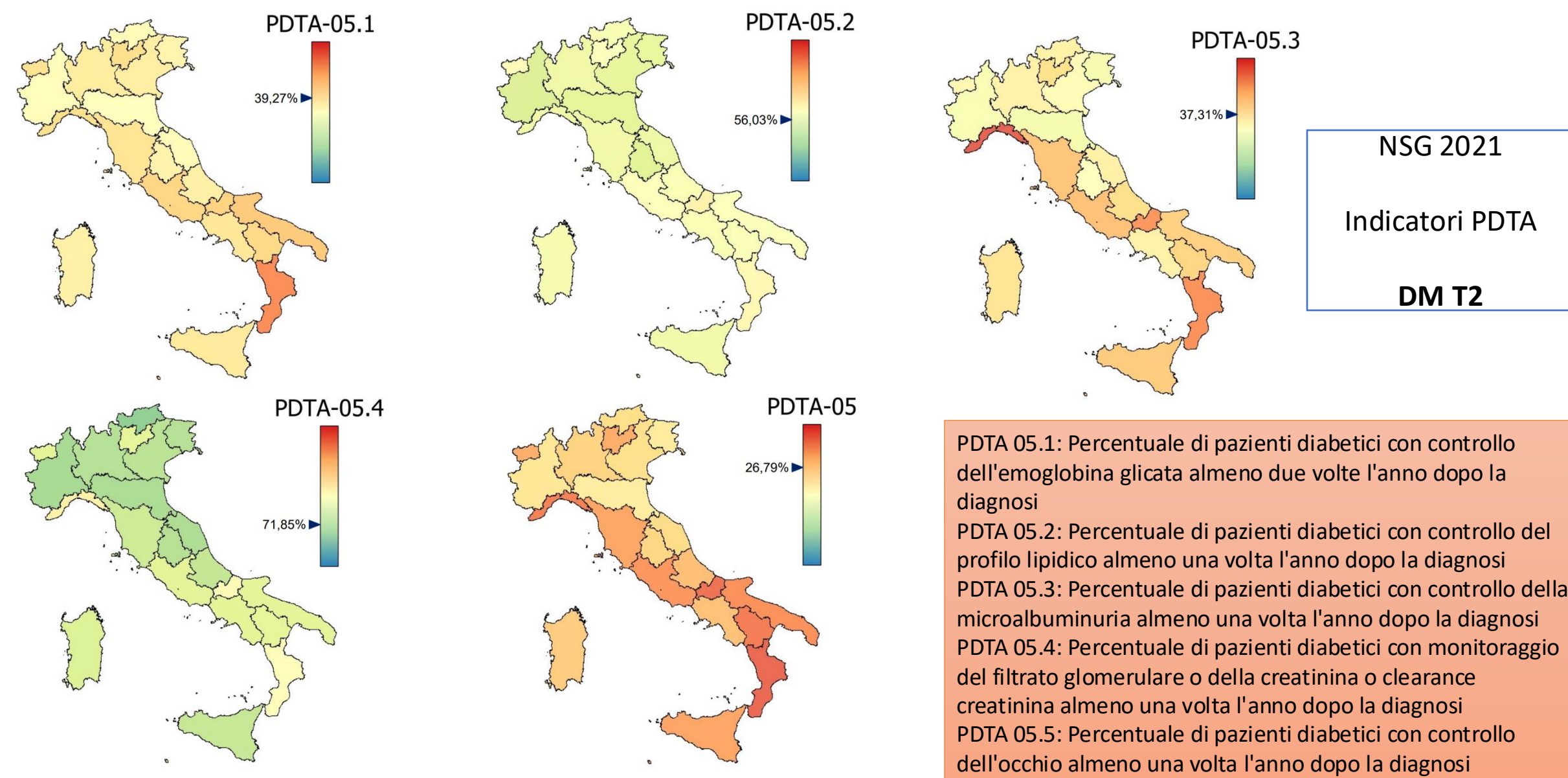


PDTA-01: "percentuale di pazienti con esacerbazione di BPCO che aderiscono al trattamento farmacologico"

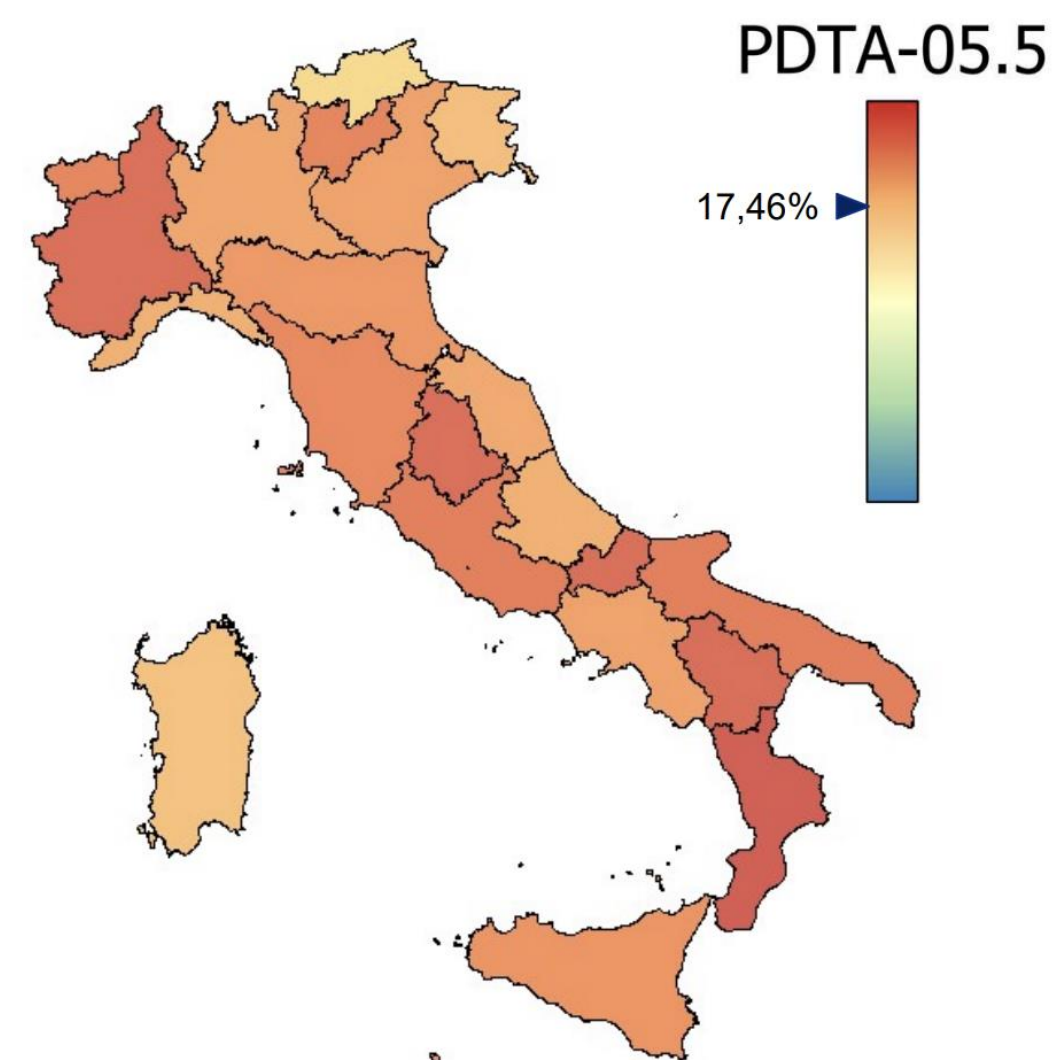
PDTA-02: "percentuale di pazienti con esacerbazione di BPCO che sono sottoposti alla visita pneumologica"











NGS 2021

Mapa degli indicatori di processo per il PDTA relativo al Diabete nelle Regioni e P.A. italiane: aderenza a 4 delle 5 raccomandazioni.





- Quali strategie per migliorare il raggiungimento dei target?



### STRATEGIE per migliorare il raggiungimento di target (da considerare nei PRP)

- rafforzare una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (**One Health**) che, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambienteanimali-ecosistemi.
- disporre di **sistemi flessibili di risposta**, con capacità di richiamare su temi emergenti risorse umane per i compiti da svolgere in tempi rapidi
- realizzare **alleanze e sinergie intersettoriali** tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" (Health in all Policies).
- consolidare l'attenzione alla **centralità della persona**, tenendo conto che questa si esprime anche attraverso le azioni finalizzate a migliorare l'**Health Literacy (alfabetizzazione sanitaria)** e ad accrescere la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella della collettività (**empowerment**) e di interagire con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia.
- rafforzare le Aziende sanitarie nello **sviluppo delle attività di I livello** (prevenzione, medicina di base, attività distrettuale), legandole alle esigenze della comunità locale e garantendo i processi d'integrazione tra area sociale e socio-sanitaria e tra Territorio e Ospedale.



### STRATEGIE per migliorare il raggiungimento di target

- Realizzare il **completo superamento dell'assistenza primaria** basata sullo studio individuale del MMG, in favore di forme aggregate e integrate di organizzazione che consentano una risposta multidisciplinare e multifattoriale ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni alla settimana. Tale organizzazione consente una **efficace presa in carico** dei pazienti attraverso processi ed attività di ingaggio, counseling ed educazione sanitaria, l'invio ad appropriate prestazioni e percorsi di secondo livello anche in collaborazione con le aree specialistiche ospedaliere e garantisce importanti ricadute sugli accessi impropri al Pronto Soccorso, sul miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni e sulla relativa compliance, nonché sulla riduzione dei tempi d'attesa.
- Attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio **l'infermiere di famiglia e di comunità**, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio





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'adempimento 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 la disciplina 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 richiesta 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, sentito 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 giudiziario.

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 (ECJIS), 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 menzionano il codice corrispondente a ciascuna 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 menzionano 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 consensuali, se sono stati riconosciuti e applicati difetti di imputabilità, cause di giustificazione o cause di non punibilità, se è stata riconosciuta ed applicata la rieducazione. Può, altresì, su richiesta, 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 formica, 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. 311, 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 costo, 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 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

Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, è stato pubblicato in G.U.R.I. n.144 del 22.06.2022.

E’ la prima *milestone* della M6C1 del Piano Nazionale dei Ripresa e Resilienza (PNRR) : “Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima”

ACN Medicina Generale 4 aprile 2024

ACN PLS 25 luglio 2024

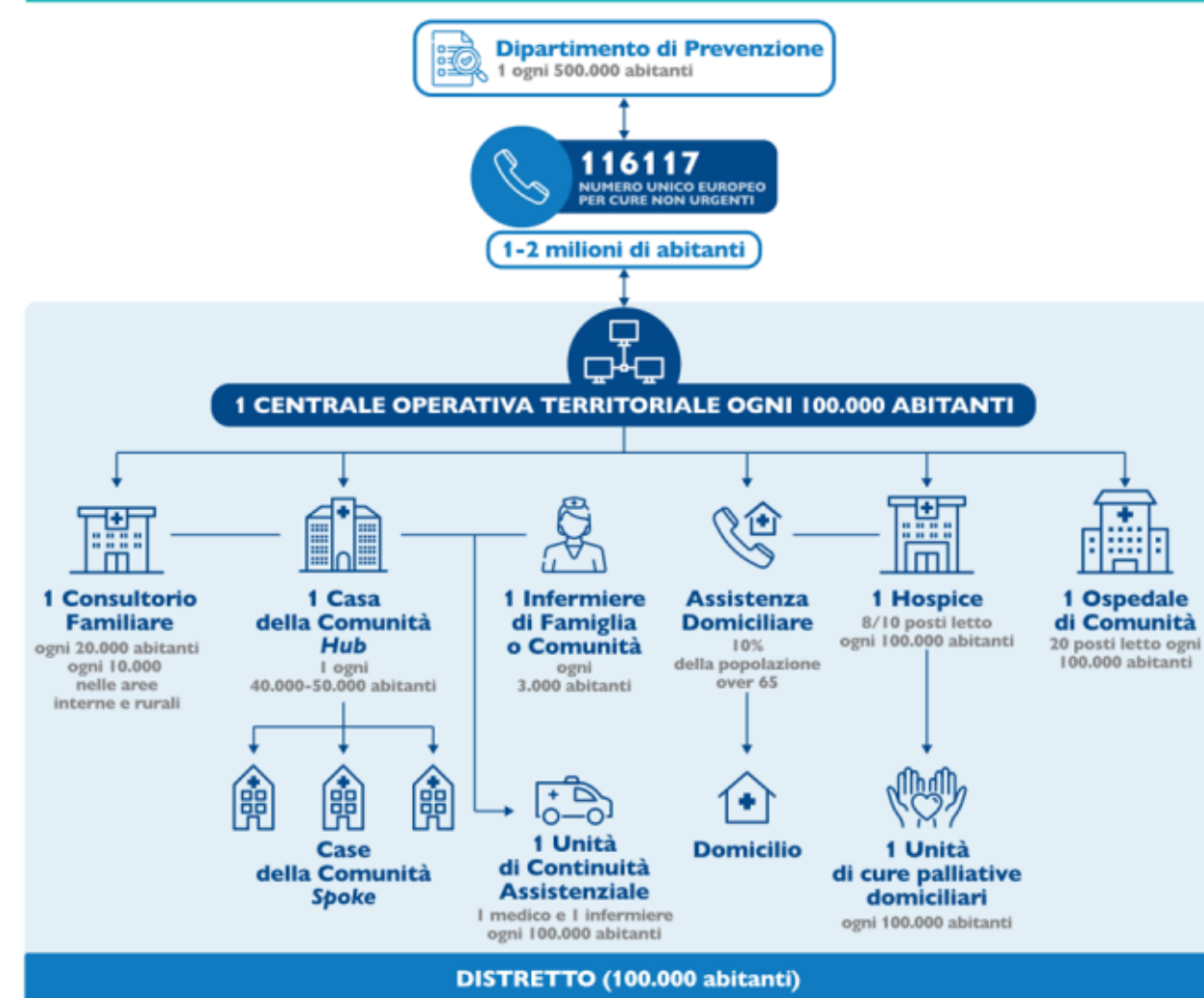
AFT

RU

MMG



Schema di sintesi dell'organizzazione del Distretto e delle relazioni tra la CdC, OdC e COT



Gli elementi chiave del processo di riorganizzazione previsti nel DM 77/2022 e inseriti nel Piano regionale sono:

- la creazione, grazie ai fondi del PNRR e del PNC, di specifici presidi quali le **Casa della Comunità (CdC)**, gli **Ospedali di Comunità (OdC)** e le **Centrali Operative Territoriali (COT)**, per i quali sono stati definiti **standard e requisiti strutturali e tecnologici** che ne garantiranno l'uniforme efficienza sul territorio;
- l'istituzione di servizi innovativi quali le **Unità di Continuità Assistenziale (UCA)**, l'**Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC)** e la **Centrale Operativa 116117**;
- il potenziamento delle attività di **assistenza domiciliare integrata** e di **cure palliative**;
- lo sviluppo e la diffusione della **telemedicina e della informatizzazione** dei servizi con un collegamento tra i diversi livelli assistenziali, per favorire la prossimità della cura e la realizzazione dei percorsi assistenziali

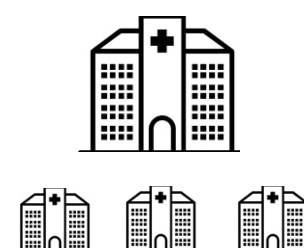




## Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) MMG Ruolo unico di Assistenza primaria

1AFT ogni 30.000 abitanti circa (o più nelle aree urbane)

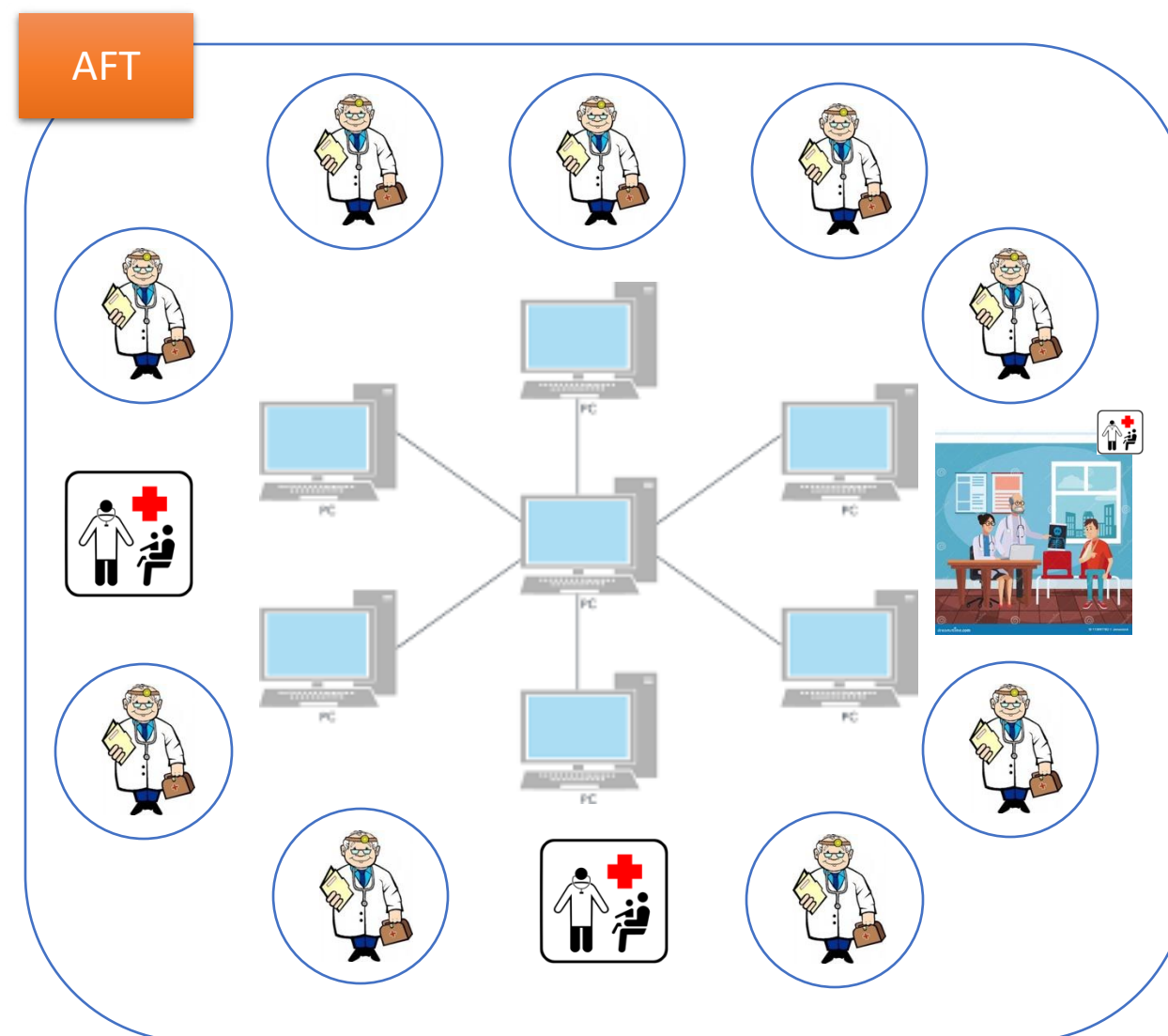
- 20 - 30 Medici di medicina generale
- Studi medici per assistenza «di famiglia» H12 (a «ciclo di scelta»)
- 1 sede unica di AFT per le attività di medicina di iniziativa (in «attività oraria»)
- 1 o più presidi di assistenza festiva e notturna (in «attività oraria»)
- Collegamento in rete tra i medici e tra la AFT e il Distretto










19° RISK FORUM MANAGEMENT - VERSO UN NUOVO SISTEMA SANITARIO - AREZZO 26-29 NOVEMBRE 2024



30.000 ABITANTI

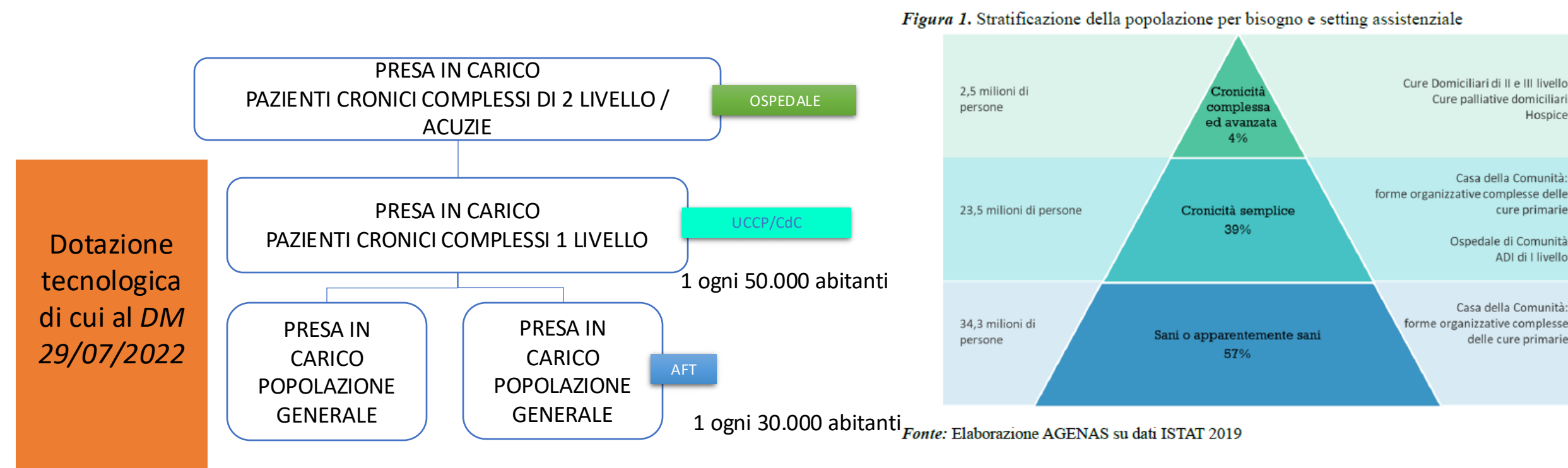
- 

STUDI MEDICI PER LA MEDICINA «DI FAMIGLIA»
- 

SEDE UNICA PER LA MEDICINA PROATTIVA
- 

SEDI PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE FESTIVA E NOTTURNA (4-12 ORE)

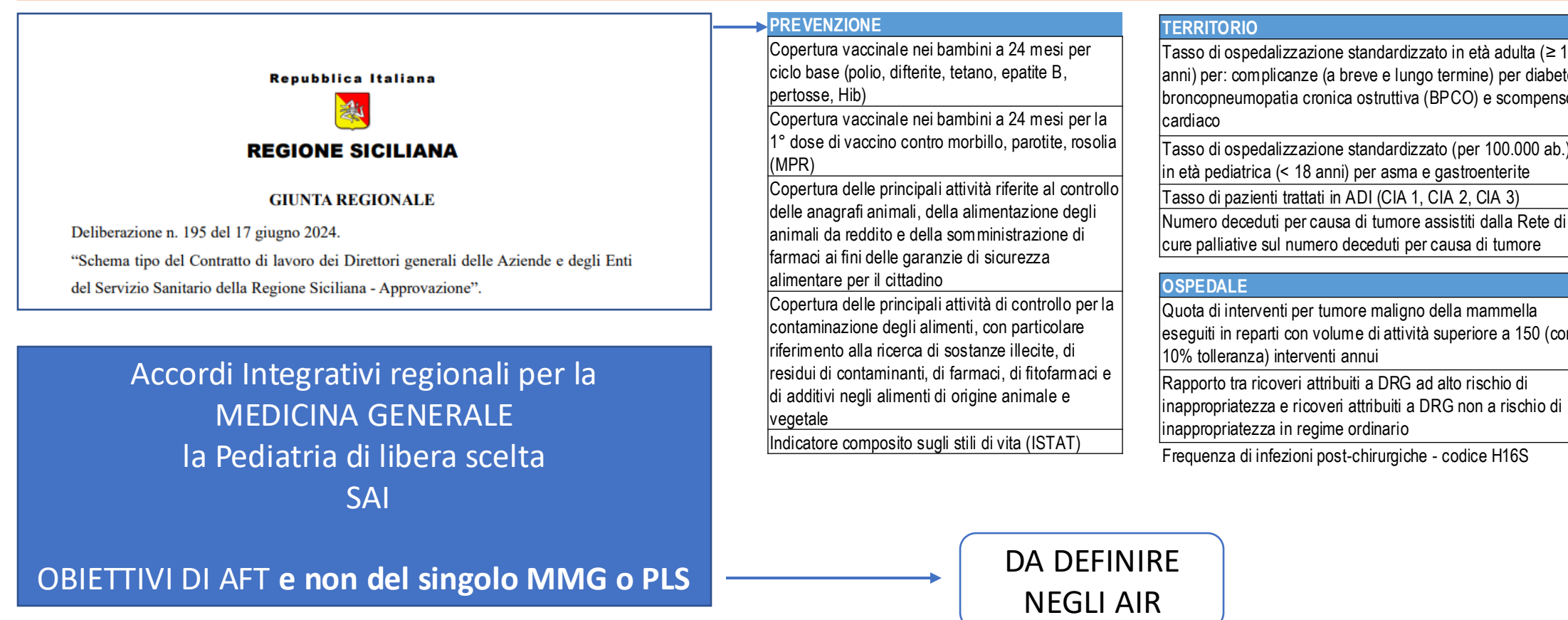
Presenza in carico della popolazione per complessità assistenziale







- ASSEGNARE OBIETTIVI COERENTI, DERIVATI DAL NSG, ALLE DIREZIONI GENERALI, AL MIDDLE MANAGEMENT, AI CONVENZIONATI (AAIIRR) e che tengano conto di tutti gli operatori coinvolti.







I LEA sono forse incompleti ma ancora molte Regioni stentano ad erogare ai cittadini le prestazioni previste in modo compiuto.

Le scelte del Governo sul finanziamento del SSN sono determinanti per il perseguimento degli obiettivi

E' in atto una radicale riforma del territorio che potrà facilitare il raggiungimento dei risultati attraverso una presa in carico del Cittadino, in tutte le fasi della vita, specie il paziente cronico.

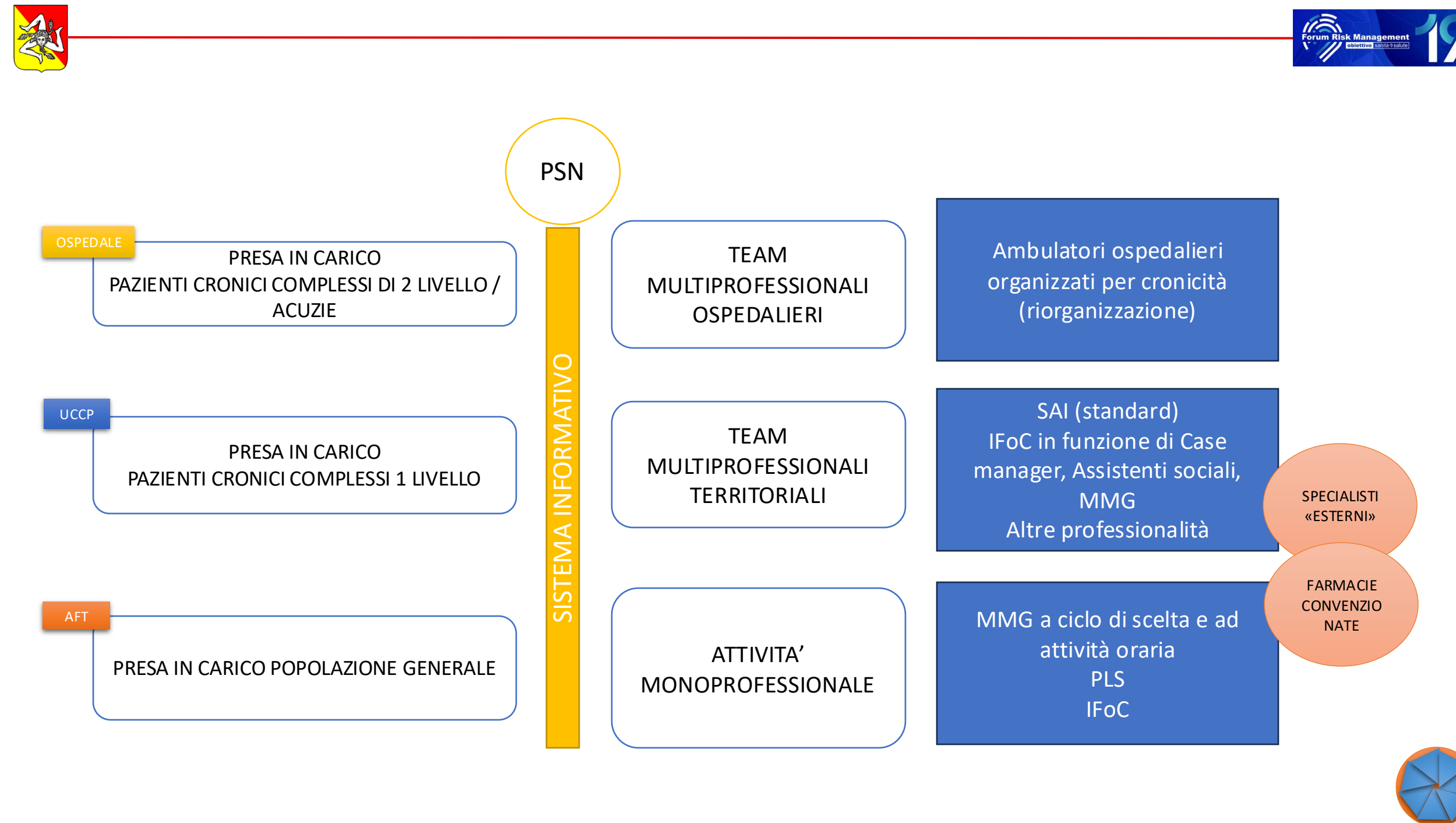
E' necessario responsabilizzare tutti i livelli dell'assistenza (e i cittadini) in modo coerente e convergente verso i risultati di sistema



**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

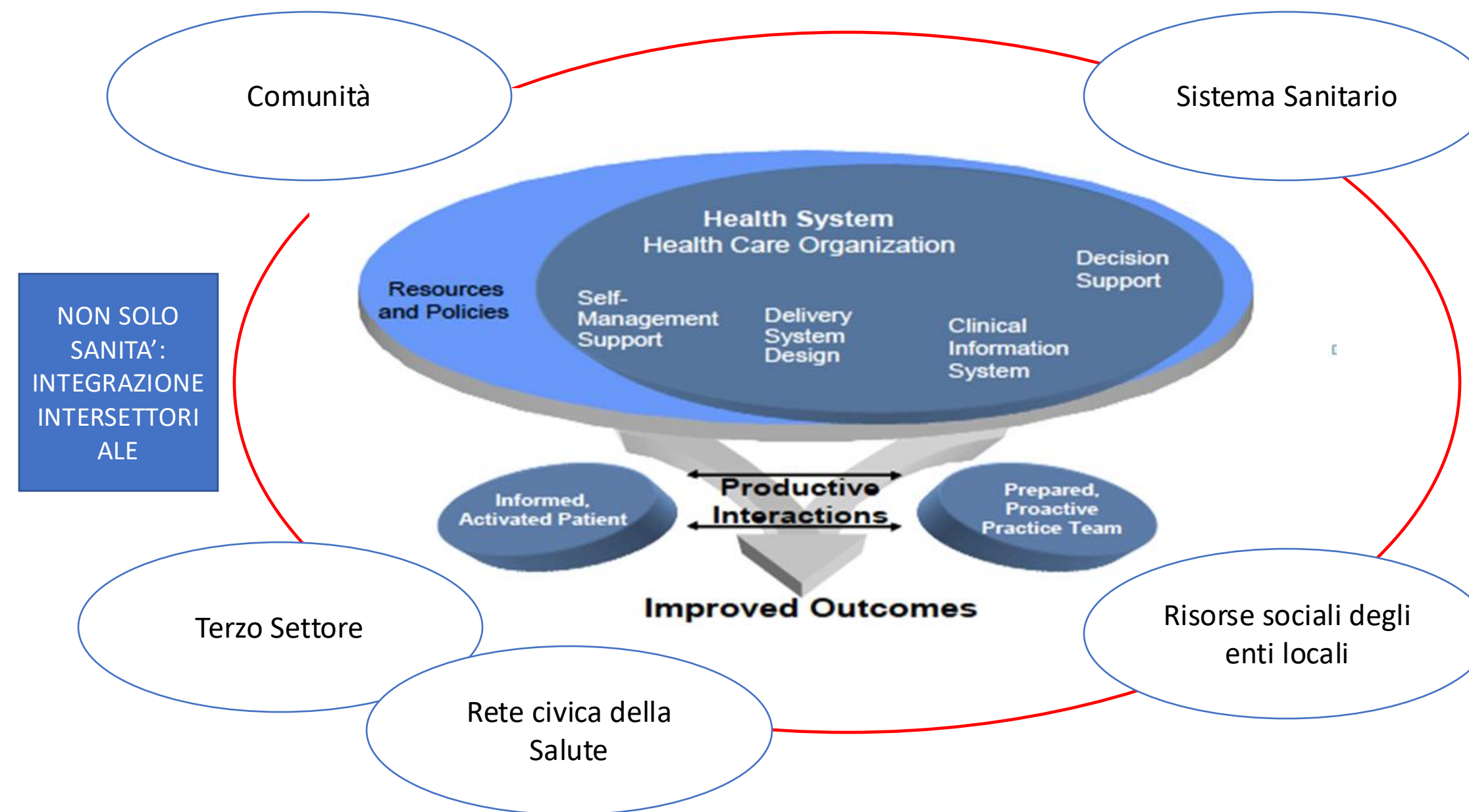








19° RISK FORUM MANAGEMENT - VERSO UN NUOVO SISTEMA SANITARIO - AREZZO 26-29 NOVEMBRE 2024





- **Epatite**
  - Proroga l'art. 25-sexies del decreto-legge del 30 dicembre 2019, n. 162, rubricato «Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV», introdotto dall'art. 1, comma 1, della legge di conversione 28 febbraio 2020, n. 8
- **DECRETO 29 dicembre 2023**
- Proroga del termine di cui all'articolo 6 del decreto 14 maggio 2021, recante: «Esecuzione dello screening nazionale per l'eliminazione del virus dell'HCV». (24A00990) [\(GU Serie Generale n.44 del 22-02-2024\)](#)
- **Diabete L.130/2023**
- teplizumab, un anticorpo monoclonale anti-CD3