

Servizio Sanitario in Lombardia

Alessandro Nobili

Milano, 27 Giugno 2024



1978 NASCE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE UN GRANDE ATTO DI CIVILTÀ'

A noi sembra normale che se uno è malato possa avere un trapianto di cuore o di fegato e le cure più avanzate per il cancro senza spendere un euro.

In molte parti del mondo non è così, se sei povero muori!

Avere qualcuno di malato in famiglia significa perdere tutto e indebitarsi.

Leaflet concerning the launch of the NHS in England and Wales, 1948



THE NEW NATIONAL HEALTH SERVICE

You are all paying for it, mainly as taxpayers, and it will relieve your money worries in time of illness

It will provide you with all medical, dental, and nursing care. Everyone—rich or poor, man, woman or child—can use it or any part of it. There are no charges, except for a few special items. There are no insurance qualifications. But it is not a “charity.” You are all paying for it, mainly as taxpayers, and it will relieve your money worries in time of illness.

Choose Your Doctor Now You and everyone in your family will be entitled to all usual advice and treatment from a family doctor. Everyone aged 16 and over can choose his or her own doctor. A family need not all have the same doctor, but parents or guardians choose for children under 16.

Your dealings with your doctor will remain as they are now: *personal and confidential*. You will visit his surgery, or he will call on you, as may be necessary. The difference is that the doctor will be paid by the Government, out of funds provided by everybody.

Choose a doctor now—ask him to be your doctor under the new arrangements. Many will choose their present doctors. Any doctor can decline to accept a patient. If one doctor cannot accept you, ask another, or ask to be put in touch with one by the new “Executive Council” which has been set up in your area (you can get its address from the Post Office).

If you are already on a doctor’s list under the old National Health Insurance Scheme, and if you do not want to change your doctor, *do nothing*. Your name will stay on his list under the new Scheme.

But for your family, and for yourself if you are not already in the old National Health Insurance Scheme, now is the time to decide. Get an application form for *each* member of the family from the doctor you choose, or from any Post Office, Executive Council Office, or public library. Fill in the forms and give them to the doctor.

Later, your local Executive Council will send a “medical card” to everyone who has been accepted by a doctor. If you want to

Maternity Services An expectant mother can have the services of a doctor who undertakes maternity work (whether he is her usual doctor or not), and of a midwife, as well as general care before and after confinement. If her usual doctor does not undertake maternity work, he, or the Welfare Centre, will put the expectant mother in touch with another doctor. It will be the doctor’s responsibility, with a midwife, to give all proper care and (if he considers it necessary or is called in by the midwife) to be present at the confinement.

G. Remuzzi,
Convegno
Privatocrazia,
Milano 2022

LA CRISI DEL SSN

'It's a tragedy': Sir Michael Marmot accuses the government of 'maliciously undermining' the NHS



Sir Michael Gideon Marmot,
Professor of Epidemiology and Public Health at University College London

"If you had the hypothesis that the government was seeking to destroy the National Health Service, ...all the data that we're seeing are consistent with that hypothesis."

"I have no special insight into what motivates ministers, but they're not behaving as if they want to preserve our NHS."

LA CRISI DEL SSN E LA FUGA DEL PERSONALE

LA STAMPA

Data: 20.06.2023 Pag.: 1,10,11

Il deserto dei medici di famiglia

In 15 anni un dottore su cinque se n'è andato, tra chi resta la metà ha più di 60 anni da qui al 2031 i giovani camici bianchi copriranno solo il 50% di chi avrà lasciato

PAOLO RUSSO

MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN SERVIZIO AL 2021 E PREVISIONE AL 2025

REGIONE	MMG IN 2021	MMG IN USCITA ENTRO IL 2025	MMG IN ENTRATA AL 2025	MMG IN ENTRATA/USCITA	DIFFERENZA (MMG IN ENTRATA - MMG IN USCITA)
Abruzzo	1.036	352	225	64%	-127
Basilicata	435	148	112	76%	-36
Calabria	1.089	370	318	86%	-52
Campania	3.631	1.235	837	68%	-398
Emilia Romagna	2.850	969	775	80%	-194
Friuli V. Giulia	768	261	196	75%	-65
Lazio	4.244	1.443	859	60%	-584
Liguria	1.054	358	285	74%	-93
Lombardia	5.774	1.963	1828	93%	-135
Marche	1.042	354	312	88%	-42
Molise	244	83	79	95%	-4
Piemonte	2.882	980	780	80%	-200
Puglia	3.144	1.069	686	64%	-383
Sardegna	1.118	380	268	71%	-112
Sicilia	3.871	1.316	774	59%	-542
Toscana	2.653	902	649	72%	-253
P.A. Trento	330	112	119	106%	7
Umbria	719	244	168	69%	-76
Valle D'aosta	79	27	36	134%	9
Veneto	2.995	1.018	862	85%	-156
ITALIA	40.250	13.780	10.148	74%	-3.632

Fonte: Agenas

LA SANITÀ

La crisi degli infermieri “Un lavoro che muore è fuga dall’università”

LA STAMPA

Data: 19.06.2023 Pag.: 1,2,3

la Repubblica

Data: 21.09.2023 Pag.:

Il numero

280.000

Gli addetti nel pubblico Le infermiere e gli infermieri al lavoro nel Servizio sanitario nazionale. Sono il 60% del personale. L'organico ha bisogno di altre 65mila unità

I SINDACATI MINACCIAANO LO SCIOPERO: “SIAMO ALLO STREMO”. CARTABELLOTTA: STIAMO FINENDO NELLE MANI DEI PRIVATI

La grande fuga dagli ospedali

In sei mesi 10mila medici hanno chiesto di andare in pensione o di ridurre il lavoro nella sanità pubblica

PAOLO RUSSO

Nel 2020 erano un fenomeno irri- mila, 2.870 l'anno dopo. Oggi 10mi- dio alla sanità pubblica. -PAGINE 2-4 vante. Nel 2021 se ne contarono due- la medici ospedalieri meditano l'ad-

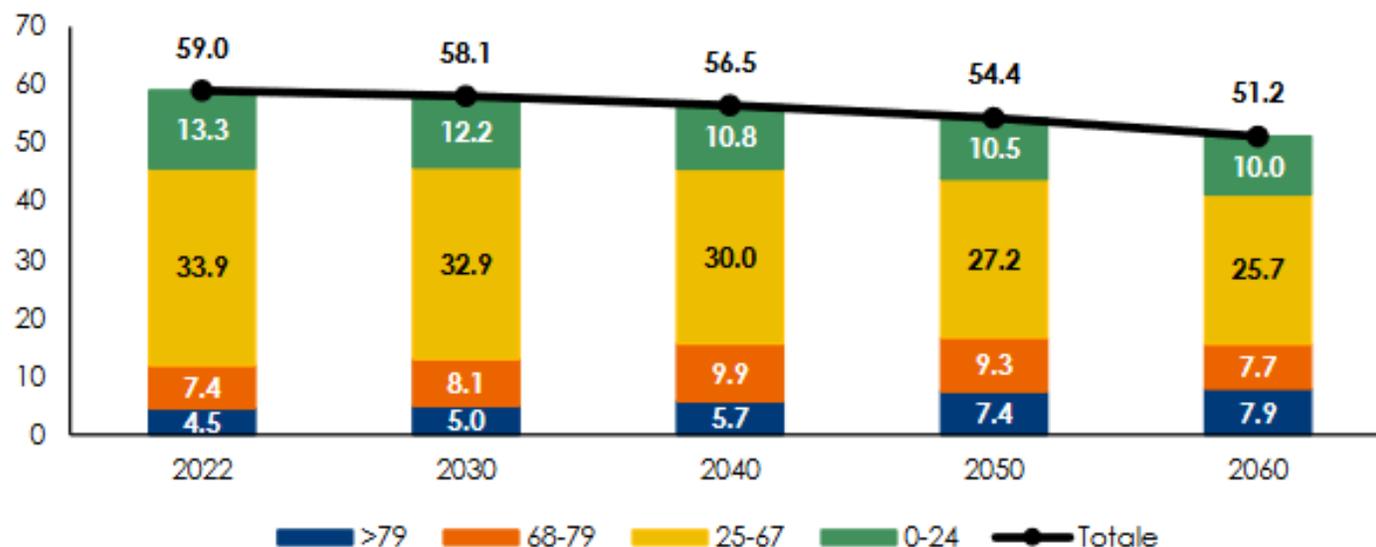
Ospedali la grande fuga

Altri 10 mila camici bianchi pronti a lasciare o ridurre le ore nel pubblico I sindacati minacciano sciopero: “Siamo allo stremo”. E il contratto è scaduto

PAOLO RUSSO

SEMPRE PIÙ ANZIANI, SI ACCENTUANO GLI SQUILIBRI STRUTTURALI

Fig. 1 – Già nei prossimi due decenni, la popolazione italiana si ridurrà di 2,5 milioni, ma il numero di anziani salirà di 3,7 milioni



Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo su dati Istat

Nel 2050 le persone di 65 anni e più potrebbero rappresentare il 34,5% del totale secondo lo scenario mediano, mentre l'intervallo di confidenza al 90% presenta un minimo del 33,2% e un massimo del 35,8%

TRANSIZIONE

→demografica

→epidemiologica

→sociale

Previsioni ISTAT: Settembre 2023

Chiara Cordelli

Privato crazia

Perché privatizzare
è un rischio
per lo Stato democratico

MONDADORI

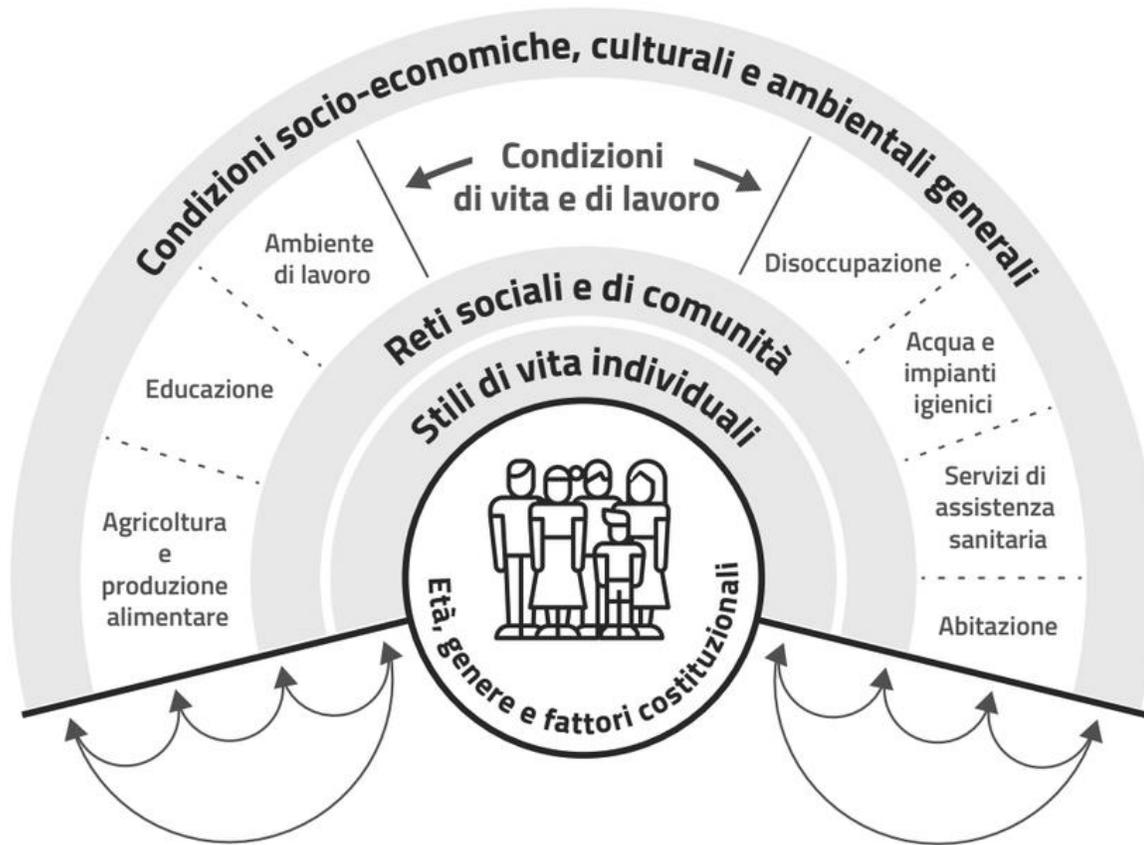
UNA DERIVA VERSO IL PRIVATO



“I confini tra il pubblico e il privato sono sempre più indefiniti. Il ruolo dello Stato moderno, nato per separare pubblico e privato, è cambiato profondamente negli ultimi anni e ha subito radicali trasformazioni nel modo di governare e amministrare la cosa pubblica. Viviamo sempre di più nell’era dello Stato privatizzato, o, per meglio dire, in una privatocrazia, dove lo Stato dirige, ma è il privato che spesso gestisce”.

Chiara Cordelli

DETERMINANTI DI SALUTE



- Settore **sanitario**: 10-15 %
- Patrimonio **genetico**: 20-30 %
- L'**ecosistema**: 20 %
- Fattori **socioeconomici**: 40-50 %

G. Domenighetti, 2006

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la SALUTE come:

“Una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità.”

Lunedì 20 LUGLIO 2020

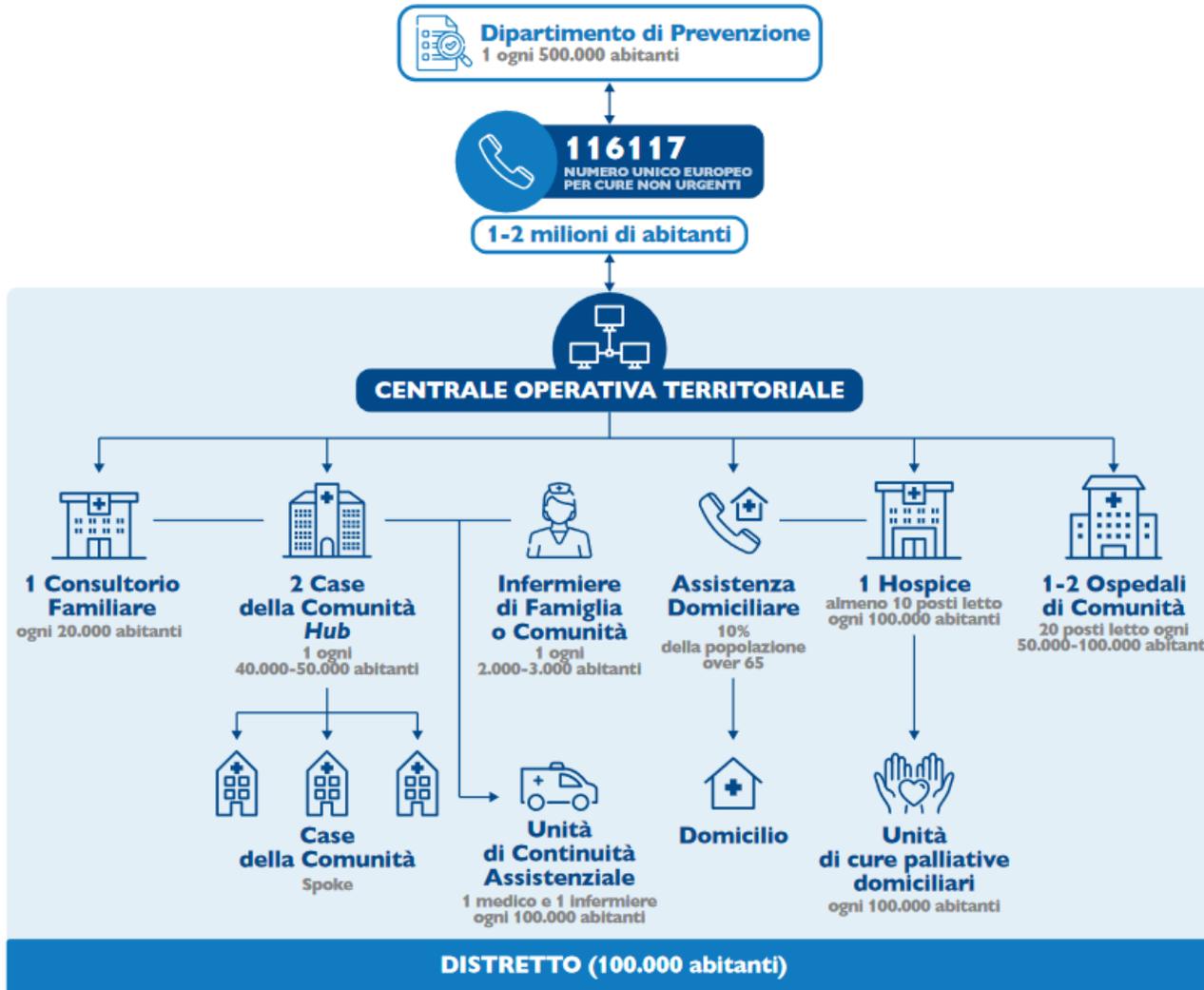
La salute di comunità per una comunità in salute

*...La salute bene comune e la comunità che produce salute si contraddistingue per alcune scelte: la valorizzazione delle **competenze della persona** nel promuovere la propria salute, la **promozione di stili di vita** che consentano di guadagnare salute, **contesti di vita e di lavoro** che abbiano al primo posto la promozione della salute delle persone, la **promozione della cittadinanza e della democrazia** come **pratica del prendersi cura** delle persone, il **sistema di servizi, pratiche e competenze mediche e sociali** che siano **accanto alla persona, le vadano incontro, la prendono in carico nel suo contesto di vita**, si avvalgono della sua **competenza e partecipazione attiva**.*

Livia Turco, 2020

LE CASE DELLA COMUNITA'

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



Il **Distretto** è il fulcro dell'assistenza territoriale con funzioni di gestione e coordinamento della rete dei servizi socio-sanitari.

La **Casa della Comunità** è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento (comunità).

Nella Casa della Comunità **lavorano in modalità integrata e multidisciplinare (equipe) tutti i professionisti** per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ... anche al fine di definire gli ambiti delle **competenze del SSN** da un lato e dei **Comuni** dall'altro.

Tabella 3 - Modello organizzativo dei Servizi - Regione Lombardia

Servizi	D.M. n. 77/2022		DGR n. XI/6760 del 25/07/2022
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>	Casa della Comunità <i>hub</i> (*)
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO		PRESENTE
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO	
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg	PRESENTE (HUB: H24, 7/7 gg)
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg	PRESENTE (HUB: H12, 7/7 gg)
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg		
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	PRESENTE
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	PRESENTE
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO	PRESENTE
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	PREVISTO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	PREVISTO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO	PREVISTO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO		PREVISTO
Medicina dello sport	RACCOMANDATO		PREVISTO

(*) La prevalenza delle Cdc realizzate è *hub* e non *spoke* la scelta si caratterizza per il bacino d'utenza, pertanto, la scelta è stata quasi obbligatoria

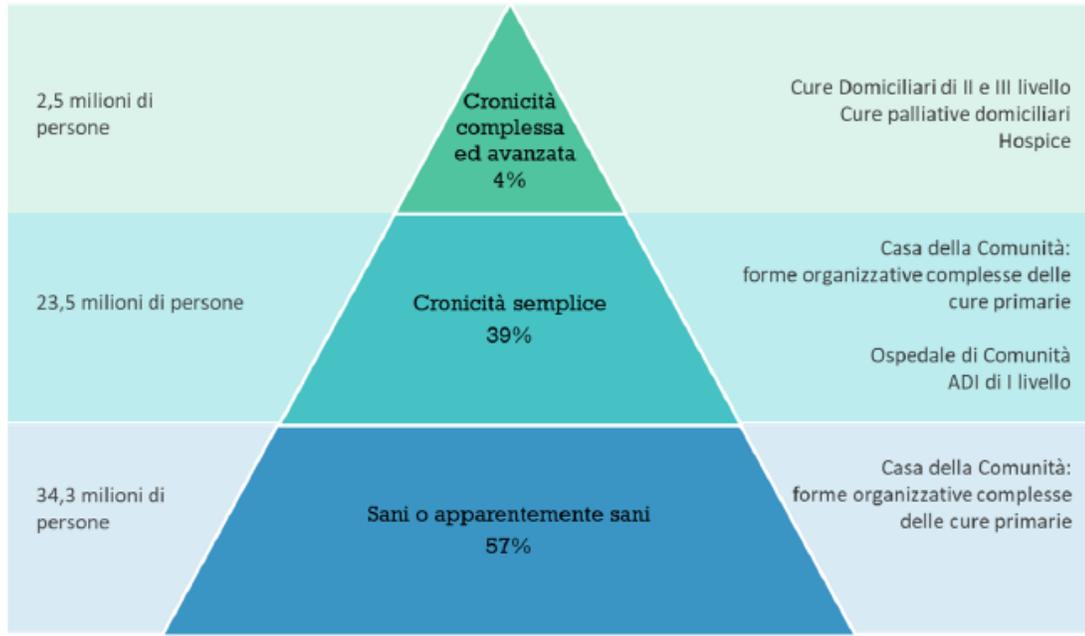
Fonte: Regione Lombardia

Elaborazione Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per la Lombardia

La Regione Lombardia, che ha optato **per il solo modello delle hub**, ha previsto la presenza, oltre che dei Servizi obbligatori, anche di quelli facoltativi o raccomandati.

<https://www.corteconti.it/Download?id=b47c2bd0-3550-4e93-bc7d-86fd0f311dc3>

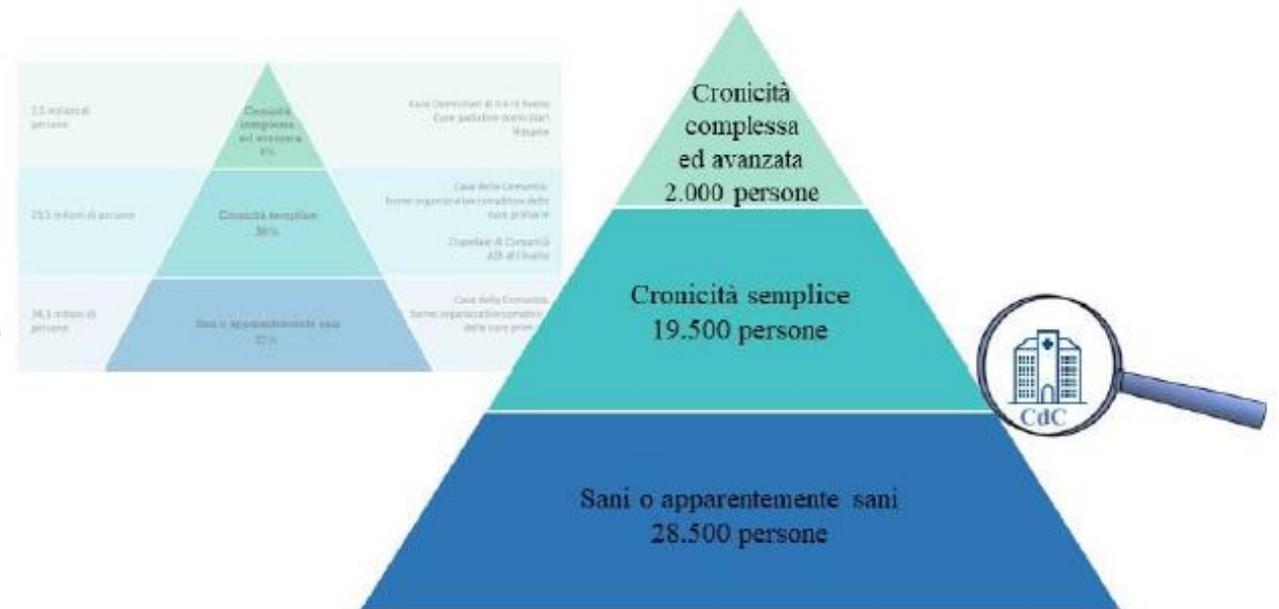
Figura 1. Stratificazione della popolazione per bisogno e setting assistenziale



Stratificazione della popolazione per bisogno nelle CdC hub

Fonte: Elaborazione AGENAS su dati ISTAT 2019

Le **CdC hub** sono fondamentali per **coordinare i servizi a livello territoriale** con un'attenzione particolare ai **pazienti cronici in carico ai Medici dell'équipe** che, come evidenziato nella Figura 1 costituiscono il **39% della popolazione**. Considerando un bacino di utenza massimo delle **CdC hub di 50.000 abitanti**, il target di popolazione a cui si rivolge la CdC hub è pari a **circa 19.500 persone affette da patologie croniche semplici e a 28.500 persone sane o apparentemente sane** (Figura 2)



**IL PROGETTO
DELL'ISTITUTO DI
RICERCHE
FARMACOLOGICHE
MARIO NEGRI DI MILANO**

GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO

1. Effettuare una **valutazione comparativa dei modelli organizzativi** attualmente implementati nelle Case della Comunità già aperte in Lombardia **rispetto degli standard** previsti dalle **normative nazionali e regionali** in termini di **struttura, processo, personale socio-sanitario** coinvolto.
2. Avviare una **analisi di contesto**, in modo da analizzare i bisogni socio-sanitari della popolazione residente e sulla base di questi **modellizzare le tipologie di risposte organizzative e di servizi** più efficaci ed efficienti.
3. Raccogliere il **punto di vista degli utenti** in termini di accessibilità e gradimento dei servizi.

CASE DELLA COMUNITÀ REGIONE LOMBARDIA

Programmate entro il 2026

Piano Operativo Regionale DGR XI/6426 del 23.5.2022	199
Identificate al 6 Giugno 2024	132
- Visitate almeno 1 volta	119
- Analisi I^a fase: 18 Settembre 2023	70
- Analisi II^a fase: 6 Giugno 2024	99*
- ASST Brianza: 6 Giugno 2024	11

* NOTE:

- ✓ Sulle **26 ASST** che operano sul territorio lombardo **ASST Spedali Civili di Brescia** (previste 10 attive 4 CdC), **ASST Pavia** (previste 11 attive 8 CdC), **ASST Rhodense** (previste 9 attive 5 CdC), **ASST Valle Olona** (previste 11 attive 6 CdC) **NON hanno dato autorizzazione alla visita e raccolta dati** (circa 1/4 Bacino di utenza di Regione Lombardia).
- ✓ **ASST Crema**, non ha ad oggi **nessuna CdC attiva**.
- ✓ **ASST Lodi, ASST Sette Laghi e ASST Melegnano Martesana** (mancano ancora 9 visite da effettuare).

SINTESI DEI RISULTATI

- **Panorama piuttosto eterogeneo** per tipologie organizzative, quantità e qualità dei servizi offerti e presenza di personale.
- Nella maggior parte dei casi sono state **collocate in strutture già esistenti** e sono il frutto di una **riorganizzazione di servizi già disponibili**.
- Ad oggi, **nessuna risponde completamente agli standard nazionali e regionali**, anche se **la situazione è migliorata rispetto alla prima rilevazione** e va considerata **in continua e progressiva evoluzione**.
- Tutto ruota ancora intorno **al sistema delle prestazioni ambulatoriali prenotabili attraverso i canali già esistenti non specifici per le CdC**.
- **L'innovazione principale** riguarda la dotazione di figure di nuova introduzione come **gli infermieri di famiglia e comunità**, che al momento sono **l'asse portante di queste strutture**.
- **Ancora molto limitata e frammentata è la presenza dei medici di medicina generale**, la loro **integrazione e interazione con il personale presente**, il collegamento con gli **specialisti e il lavoro in equipè**.
- Ancora **limitata la collocazione dei servizi sociali comunali** nelle CdC, piuttosto **scarso il coinvolgimento dei comuni** e delle **associazioni del terzo settore**.
- **C'è una potenziale disponibilità al coinvolgimento dei cittadini**, ma non si riesce a stimare quanto sia praticata.

Le criticità da superare

Le Case della Comunità non sono (o meglio non dovrebbero essere) dei nuovi poliambulatori!

- **Promuovere** una visione innovativa di **primary health care**.
- Ridefinire e ottimizzare il **rapporto con i comuni, i territori, le comunità locali e il terzo settore**.
- **Superare la frammentazione** di servizi e prestazioni.
- **Uscire** dalla logica dei **poliambulatori** e dal **sistema centrato sulle prestazioni** per andare verso una **presa in carico globale dei bisogni socio-sanitari**.
- Presenza di diverse figure professionali, ma **manca di un approccio integrato e del lavoro in équipe**.
- **I grandi assenti**: il problema-paradosso dei medici di medicina generale.
- **Fascicolo sanitario elettronico condiviso, telemedicina e teleassistenza** ancora all'orizzonte.

L'aspetto più incoraggiante è l'entusiasmo e l'impegno degli operatori attualmente coinvolti nell'organizzazione di queste nuove strutture.

**Se il territorio non
funziona, questi sono
i risultati**



Totale Accessi 4 ATS Regione Lombardia
N = 2.063.211

Pazienti con più di 4 accessi nel corso dell'anno
N° ACCESSI 2018 = 232.614/2.063.211 (11.3%)

Variabile	N°	%
Modalità di arrivo		
- Decisione propria	1.527.200	74.0
- Intervento 118	365.601	17.7
- Inviata dal medico	106.167	5.1
Triage di dimissione		
- Codice Bianco	418.188	20.3
- Codice Verde	1.393.338	67.5
Esito		
- Dimesso	1.664.492	80.7
- Ricoverato	276.005	13.4

La concorrenza dei privati ai medici di base in crisi: il nuovo affare della sanità

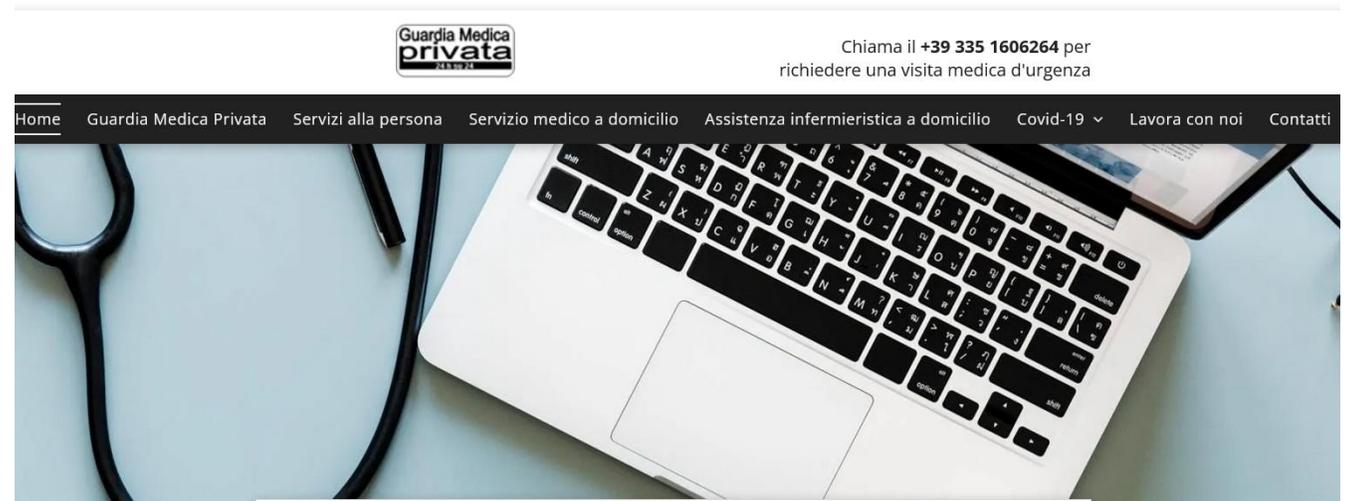
Cliniche e assicurazioni, visite domiciliari a partire da 70 euro

La risposta al paziente è assicurata. Il costo della visita parte da 70 euro se si è disposti a raggiungere il dottore in studio. E l'offerta si sta ampliando. Mentre la Regione studia una rivoluzione del ruolo dei medici di famiglia e la categoria insorge perché lamenta di essere in via d'estinzione, il privato fiuta un nuovo business: quello delle cure primarie.

<https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/22-febbraio-28/sanita-milano-concorrenza-privati-medici-base-in-crisi-visite-casa-collegamento-online-d2c5f626-980a-11ec-97aa-535db4de4386.shtml>

Tra gli esempi più recenti, il servizio del Santagostino. Da un paio di settimane ha attivato una guardia medica a pagamento al Corvetto, «utile in tutti quei casi in cui non è possibile contattare il proprio medico di famiglia». L'ambulatorio è aperto al pomeriggio fino alle 20 e anche il sabato mattina, senza necessità di prenotazione. La tariffa base è 70 euro. In alternativa si può prenotare una visita a domicilio, a patto di risiedere a Milano o nell'hinterland. L'attesa è di qualche giorno. Alla porta comparirà un infermiere, da remoto sarà collegato un dottore (costo: 65 euro). La terza strada è il consulto online. Per 30 euro il professionista legge i referti degli esami e dà indicazioni sulle terapie.

<https://www.guardiamedicaprivatamilano.it/>



Visite mediche domiciliari

I dottori in medicina che collaborano con Guardia Medica Privata di Milano intervengono direttamente presso il tuo domicilio, fornendoti controlli domiciliari di medicina generale e pediatria. Oltre a offrire supporto medico effettuando diagnosi immediate, i dottori prescrivono terapie farmacologiche laddove necessario e rilasciano certificati medici di malattia e giustificativi per il datore di lavoro con inoltro diretto all'INPS, quando richiesto. I dottori di Guardia Medica Privata sono operativi 24 ore su 24, anche durante i festivi, in modo da garantirti sempre assistenza medica domiciliare qualificata e tempestiva. Infatti i dottori si presenteranno nel luogo da te indicato entro 2 ore dalla ricezione della chiamata, fornendoti immediato supporto medico specializzato.

Salute Il pubblico si muove a rilento sugli ambulatori. Per le case di comunità, realizzate solo 12 strutture su 23

Sanità privata in crescita

Alla conquista dei quartieri della città con tariffe calmierate, convenzioni e sconti

di **Sara Bettoni**

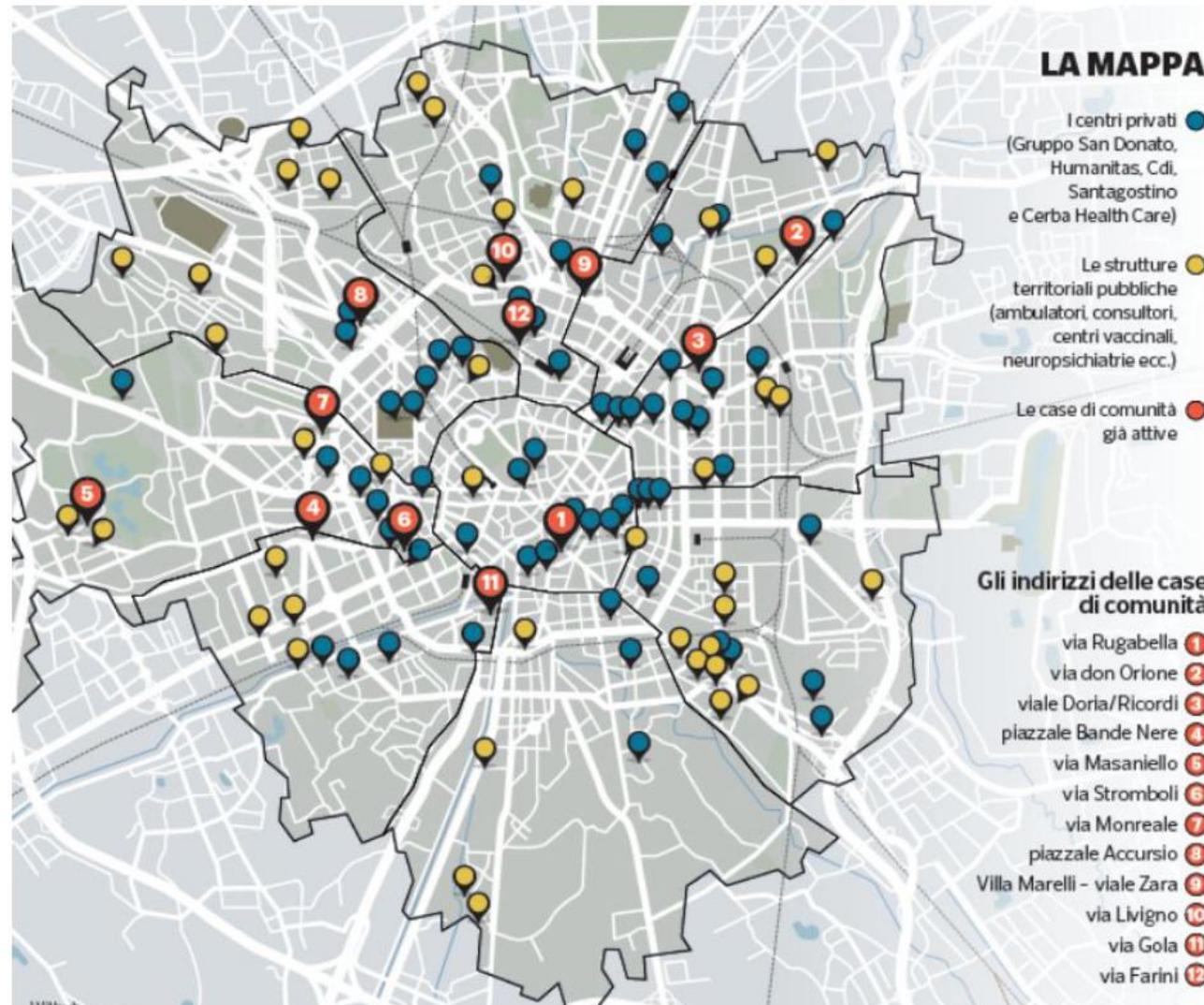
I gruppi privati alla conquista della Sanità territoriale, proclamato punto dolente del Welfare lombardo, soprattutto in seguito alla pandemia di Covid. Il Gruppo San Donato con Generali ha annunciato la volontà di creare una maxi-rete di ambulatori. Lo stesso stanno fa-

cendo Humanitas, Santagostino, Centro diagnostico italiano e Cerba. Di contro il pubblico è in ritardo: al momento sono solo 12 le case di comunità attive, in attesa di altre 11 strutture.

a pagina 3

CORRIERE DELLA SERA
MILANO

Data: 05.06.2024 Pag.: 1,3



Gruppi privati alla conquista della sanità di quartiere Impennata di poliambulatori

Fenomeno in crescita: «A rischio presidii sociali e presa in carico»

L'avanzata della farmacia dei servizi

Dai vaccini ai test diagnostici, aumentano i servizi offerti dalla farmacie. Via libera del Cdm al Ddl Semplificazioni. Ecco le novità

Approvato dal Consiglio dei Ministro il disegno di legge che allarga l'offerta di servizi (dai vaccini ai test diagnostici) di cui i cittadini potranno usufruire in farmacia. Nel provvedimento anche la possibilità di assunzioni per potenziare le attività di vigilanza, controllo igienico-sanitario e profilassi svolte presso i principali porti e aeroporti per il Giubileo 2025. Novità anche sulla telecertificazione. [IL TESTO](#)



26 MAR - Da tutte le tipologie di vaccini contenuti nel Piano vaccinale riservati agli over 12 anni, passando per i test diagnostici, fino alla telemedicina e alla possibilità di scegliere il proprio medico di famiglia o pediatra. Sono queste alcune delle novità per la farmacia dei servizi contenute nel Ddl Semplificazioni approvato oggi dal Consiglio dei Ministri. Ma non solo, nelle farmacie, che saranno dotate anche di un'insegna ad hoc con la dicitura 'Farmacia dei servizi' si potranno fare anche i test diagnostici per il contrasto all'antibiotico-resistenza, a supporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta ai fini dell'appropriatezza prescrittiva.

La norma modifica quanto contenuto nel Dlgs 153/2019 e prevede anche da parte delle farmacie la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci e dei dispositivi medici necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=121190

Quando il senso di appartenenza alla comunità vacilla

di Claudia Zamin



13 MAR - Gentile direttore, il [Libro Azzurro](#) docet: ogni territorio è unico, ha una sua soggettività, risorse e vincoli; per tali ragioni è importante precisare che quanto esposto di seguito è relativo all'esperienza e al punto di vista di una persona che vive e lavora in Regione Lombardia.

Mi sono chiesta più volte perché in questa regione, a differenza di altre o delle normative nazionali (si veda ad esempio la [pagina del Ministero della Salute](#)), si parli di [Casa di Comunità](#) e non Casa della Comunità; questa "apparente banale differenza" di preposizione in realtà va ben oltre un cavillo da Accademia della Crusca.

*Affinché in Lombardia, ma forse anche in tante altre regioni, si possano costituire le Case della Comunità è necessario **un cambio paradigmatico verso il concetto di salute e contestualmente la riappropriazione del senso di appartenenza ai legami reali, simbolici e virtuali che contraddistinguono l'essere umano.***

Per concludere

In the debate about solutions, there are **several unhelpful distractions.**

First, the Government's inclination is to believe that **the current NHS model is unsustainable and needs radical change**, with copayments and enhanced user contributions.

This view is **deeply wrong.**

With the right approach, the NHS is sustainable, and must maintain the principle of delivering free care at the point of need, which is the foundation for a just society.

The NHS is sick, but it is treatable

The NHS is 75 years old and is unwell. Patients with a suspected heart attack are waiting five times longer for an ambulance than the 18-min target. In 2022, 347707 patients spent more than 12 h in Accident and Emergency departments waiting for a bed, four times as many as in the previous 10 years put together. Excess deaths in 2022 were the highest in 50 years. Record numbers of NHS staff are leaving. Unfortunately, things are likely to get worse before they get better. For the first time in the NHS's history, both nurses and ambulance staff will strike on February 6, unless a deal is reached over pay. Junior doctors will also vote on whether to strike. This is undoubtedly the most perilous moment for the NHS since its inception.

Chronic and acute problems have combined to foment this rapid deterioration. Although the symptoms have been there since at least 2015, they have been poorly diagnosed and left untreated. Underinvestment, understaffing, and running the system at full capacity have been exacerbated by deep demoralisation and burnout in NHS staff, increasing demand for services, and winter increases in COVID-19 and influenza. Population health has been neglected, and stalling life expectancy and a struggling social care system have been ignored.

In the debate about solutions, there are several unhelpful distractions. First, the Government's inclination is to believe that the current NHS model is unsustainable and needs radical change, with copayments and enhanced means-tested user contributions, as former Health Secretary Sajid Javid recently revealed. This view is deeply wrong. With the right approach, the NHS is sustainable, and must maintain the principle of delivering free care at the point of need, which is the foundation for a just society. Second, that the NHS has a productivity problem; that it does not do enough with what it is given. This is to badly misunderstand the purpose of health care, which is not a factory for the sick, judged according to crude metrics of efficiency, but a service based on care, compassion, and quality. To continue to focus on doing comparatively more for comparatively less is dangerous and obviously harmful. Third, that the challenges faced by the NHS can be solved by drawing on a stronger private health sector. The UK's private sector workforce is mostly drawn from

the same workforce that makes up the public sector. Robbing one to buttress another while fatally fracturing the health service makes no sense. Fourth, a proposed Royal Commission or cross-party consensus is unlikely to be useful. The NHS faces a workforce crisis and a capacity crisis closely linked with a social care crisis. We have a diagnosis; the Government must now move to treat these conditions. An avoidance to do so should be viewed as an ideological choice, rather than because of some fundamental and innate intractability.

In the short term, there are two remedies. First, the Government must recognise that the NHS is in crisis and requires urgent and unparalleled action. Second, it must offer a message of value to NHS staff, in the form of compromise over a financial settlement for pay and non-financial commitments, such as addressing pension reforms, improving basic working conditions, and delivering on a promised workforce plan. In turn, the NHS must accept that, through whatever cause, it has a culture problem. Racism, sexism, bullying, harassment, and conflict are pervasive. A toxic work culture is a frequently cited reason for leaving the NHS and negatively impacts patient care.

In the long term, investment in public health and prevention must be scaled up as the main way to reduce demand on the NHS. The Government must move away from short-term injections of money and use tax-based funding to deliver sustained and predictable increases in finance. In this way, capacity and resilience can be built back into the system from the ground up, with investment in staff, estates, and technology. The NHS must get better at rapid development and dissemination of innovation, and the adoption of new models of working should not be blocked by traditional views on roles and responsibilities. Anything is better than the current model of social care, which monetises vulnerability, enriches a few providers, and leaves more than a quarter of social care staff living in poverty.

Negligent care of the NHS has brought the service to its knees. But contrary to the popular narrative, there are some quick wins. Not least, value and remoralise NHS staff, who are responsible for protecting the health of the nation through an unprecedented economic crisis that is worsening inequality and driving thousands of people into poverty and precarity. ■ [TheLancet](https://www.thelancet.com)

LE PROPOSTE DELL'ALLEANZA PER LE CURE PRIMARIE



ALLEANZA PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA

Roma, 10 marzo 2022

Per promuovere il passaggio da un modello prettamente “sanitario” (concentrato nell’erogazione di prestazioni sanitarie) ad un modello di “salute” (promozione e prevenzione nei luoghi di vita e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse delle comunità locali).

1. Definire **un’unica cornice istituzionale-organizzativa** delle Cure Primarie;
2. **Sostenere le comunità locali** perché generino salute e benessere;
3. **Territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario;**
4. Organizzare il lavoro delle Cure Primarie **in equipe interdisciplinari e in rete con il territorio e ospedale;**
5. **Adottare metodologie** che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute;
6. Dotare le Cure Primarie di **professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale.**

RINGRAZIAMENTI E CONTATTI

RINGRAZIAMENTI

Angelo Barbato, Alessia Antonella Galbussera, Igor Monti, Tommaso Rossi, Annette Corrado per creazione database, controllo qualità e analisi dei dati.

Un ringraziamento particolare ai **24 colleghi e volontari (di cui 4 del Rotary)** che con il loro **prezioso contributo e le visite alle case della comunità** hanno reso possibile questo progetto.

PER INFORMAZIONI E APPROFONDIMENTI

Centro Studi di Politica e Programmazione Socio-Sanitaria

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

(<https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>)

Email: cs@marionegri.it

" La malattia non è un lusso da pagare o una maledizione da vivere da soli, ma un evento che deve essere affrontato grazie all'efficienza di una società solidale ".

William Beveridge

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**



**PER
APPROFONDIRE**

IDEE PER LE CASE DELLA COMUNITÀ

<https://vimeo.com/663912888>

Un film di Ambrogio Manenti, regia Carlo Concina, Ambrogio Manenti, con Gavino Maciocco



Film documentario che descrive quattro esperienze di Case della Salute che operano da alcuni anni erogando cure primarie universalmente accessibili, gestite da équipe multidisciplinari, centrate sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità. Queste buone pratiche di assistenza primaria possono stimolare la discussione sullo sviluppo delle Case della Comunità previsto dal PNRR.

- La riforma della sanità territoriale: il nuovo Distretto sanitario e le Case della Comunità (<https://www.marionegri.it/magazine/riforma-della-sanita-territoriale-e-case-della-comunita>)
- Case della Comunità e riforma dell'assistenza territoriale: a che punto siamo in Lombardia. Milano 30 Marzo (<https://www.saluteinternazionale.info/2023/03/case-della-comunita-e-riforma-dellassistenza-territoriale-a-che-punto-siamo-in-lombardia-milano-30-marzo/>)
- Banchieri G. Case di Comunità. Facile a dirsi...più difficile a farsi. Ecco una road map per farle sul serio (https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101059)
- Film documentario "Idee per le Case della Comunità" di Ambrogio Manenti (<https://vimeo.com/663912888>)
- Agnetti B. Case della Salute e Case della Comunità. Uguali o diverse? (https://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=112792)
- Lonati F. Verso le Case della Comunità (<https://www.saluteinternazionale.info/2022/11/verso-le-case-della-comunita/?pdf=20645>)
- Garattini L, Nobili A. Per una medicina generale veramente al passo coi tempi (https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=98060)
- Garattini L, Nobili A. Dalle case di comunità ai "centri di comunità": proposta per il territorio (<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2022-02-08/dalle-case-comunita-centri-comunita-proposta-un-assistenza-territoriale-adequata-093024.php?uuid=AESykmCB>)
- Garattini L, De Compadri P, Nobili A. Per una vera riforma dell'assistenza territoriale (<https://docs.marionegri.it/website/Riforma%20Assistenza%20Territoriale.pdf>)
- Garattini L, Bozzetto M, Nobili A. Cure di comunità, assistenza integrata possibile solo con un "modello orizzontale". (<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2022-04-01/cure-comunita-assistenza-integrata-possibile-solo-un-modello-orizzontale-113250.php?uuid=AEhEoTOB>)
- Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. Integrated care: la strada giusta per il futuro? (<https://www.recentiproggressi.it/archivio/3679/articoli/36649/>)
- Garattini L, Badinella Martini M, Mannucci PM. Libretto di istruzioni per riformare la medicina generale italiana (<https://www.recentiproggressi.it/archivio/3565/articoli/35455/>)

Per altro materiale (video-convegni) consulta il sito del Centro Studi di Politica e Programmazione Socio-Sanitaria:

<https://www.marionegri.it/centro-studi-di-politica-e-programmazione-socio-sanitaria>

