


# Cure Primarie e Prevenzione:
## *una missione impossibile?*
### *I Medici Sentinella per l'Ambiente*

**Paolo Lauriola**

Genova, 22 Gennaio 2025

# Mappa della presentazione

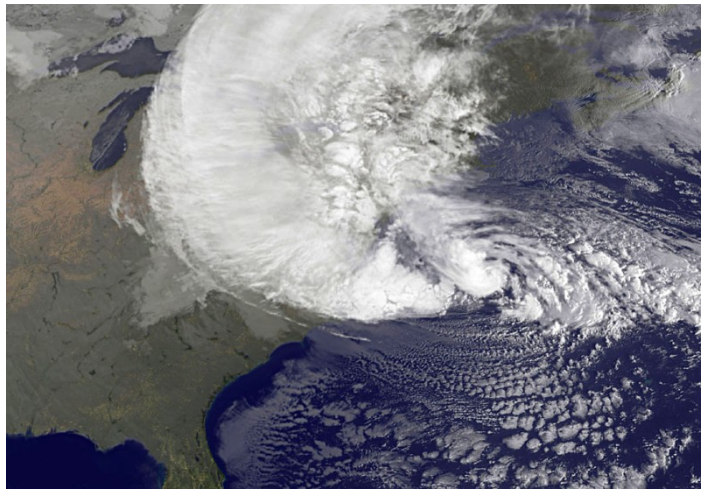
- Introduzione: cosa significa prevenzione
- I medici di famiglia e  la prevenzione
- Qualche cenno sulla storia dei Medici Sentinella
- Il progetto RIMSA
- Esempi di report
- Conclusioni

# INTRODUZIONE:
# cosa significa prevenzione

# Contesto di riferimento

- **Nel passato i problemi di "salute ambientale" (SA) sono stati affrontati (spesso) con successo affrontando ciascun fattore di rischio (sorgente, esposizione) per volta;**

- **Oggi i problemi SA in termini di sanità pubblica e ecologica hanno assai spesso un contesto planetario, e sono molto più complessi:**
  - **Cambiamento climatico**
  - **COVID-19**
  - **Sfruttamento delle risorse naturali**
  - **Disuguaglianze sociali nello stato di salute**
  - **Pandemia d obesità**
  - **Microplastiche/Nanoplastiche**

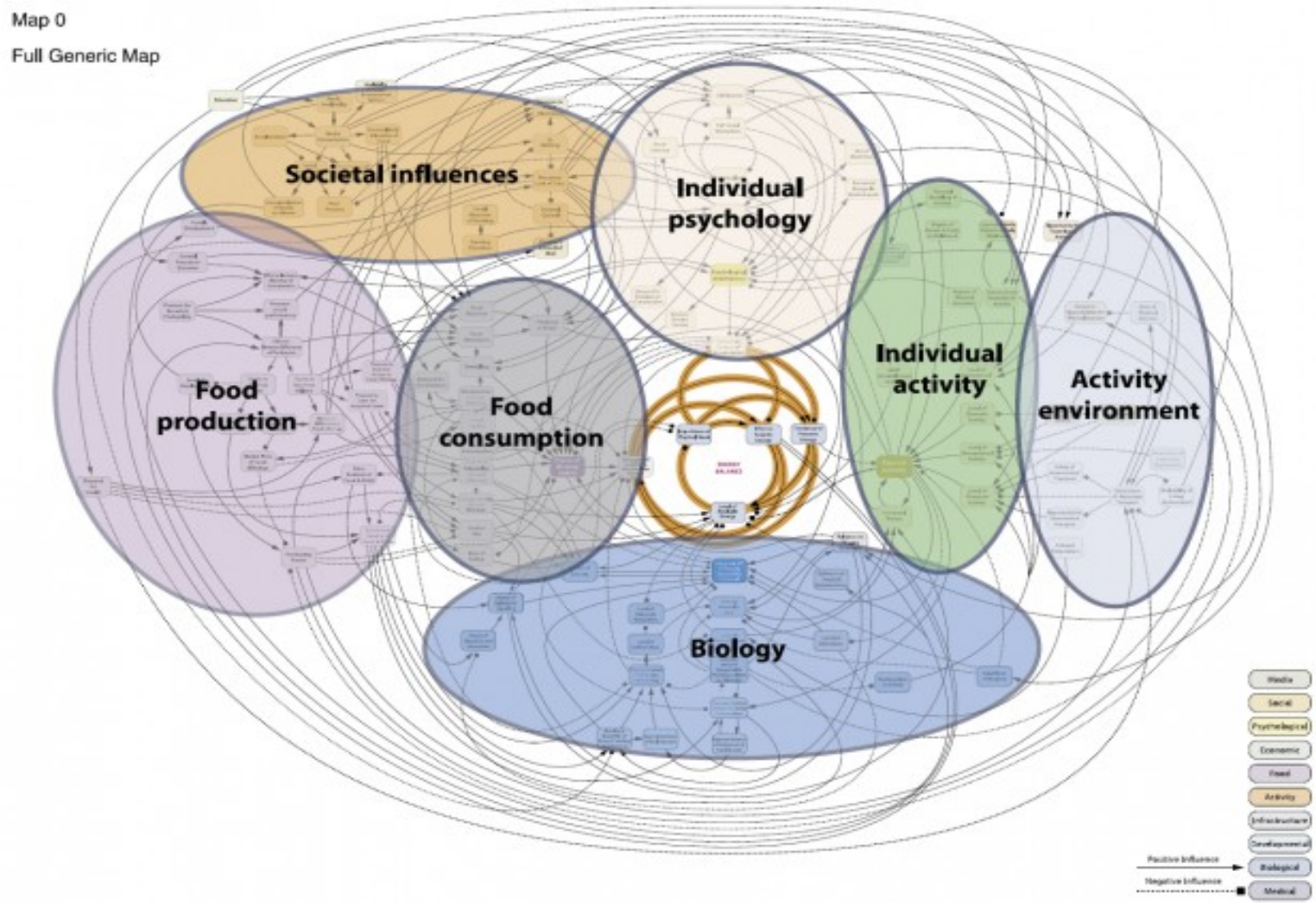


Credit: NASA GOES Project, CDC Public Health Image Library




From: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/56/2012/10/adult_obesity_trends.jpg

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



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

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

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

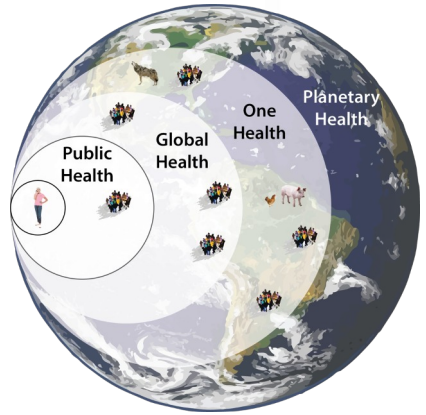



Mentre la **salute pubblica (Public health)** riguarda la protezione della salute e la promozione della salute all'interno dei sistemi sanitari e la **salute globale** guarda a come migliorare la salute delle popolazioni in tutto il mondo, la **salute planetaria** **amplia questa prospettiva** guardando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









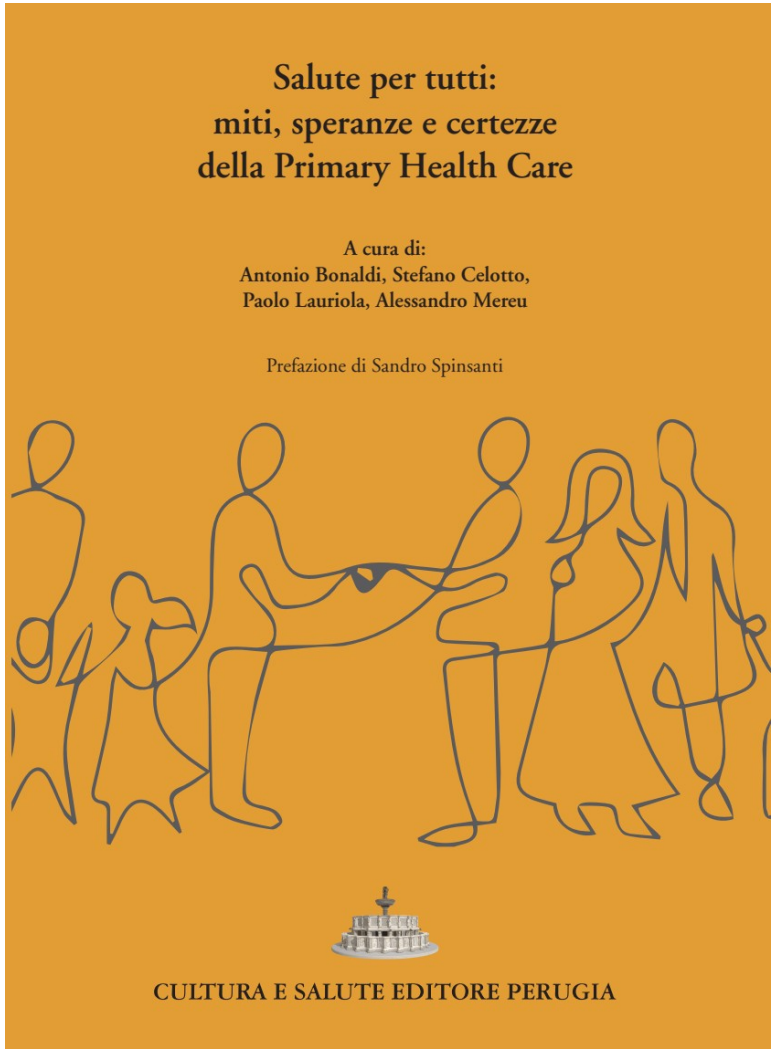

*Raffaella Bosurgi, 2017*

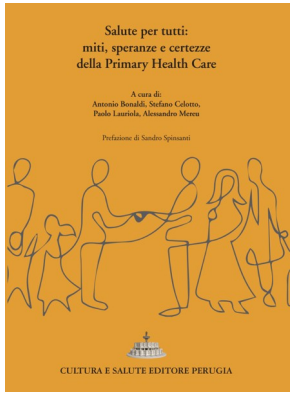
# I MEDICI DI FAMIGLIA E LA PREVENZIONE

# Che cos'è e cosa fa la PrimaryHealth Care

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

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





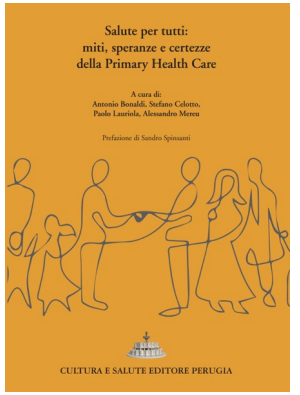

# Modello concettuale di PHC-AP

L'AP è caratterizzato da:

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

(F. Lonati 2021)

# Chi sono gli assistiti della PHP-AP




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

(F. Lonati 2021)




All people, everywhere, have the right to achieve the highest attainable level of health. This is the fundamental premise of primary health care (PHC).

Primary health care is a whole-of-society approach to effectively organize and strengthen national health systems to bring services for health and wellbeing closer to communities. It has 3 components:

- integrated health services to meet people's health needs throughout their lives
- addressing the broader determinants of health **through multisectoral policy and action**
- **empowering individuals, families and communities** to take charge of their own health.

Primary health care is widely regarded as **the most inclusive, equitable and cost-effective way to achieve universal health coverage**. It is also key to strengthening

# Potenzialità della dell'Assistenza Primaria, 1

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

- Se la gestic
una priorit
**per ridurne**
equilibrata
l'astension
delle misur
prevenire r
- In questo c
**ruolo dei n**
spesso il pr
paziente e
**capacità di**
**fattori di ri**
**pazienti in**
**cruciale pe**
**delle croni**



quotidianosanità.it

Governo e Parlamento

Quotidiano on line di informazione sanitaria
Lunedì 20 GENNAIO 2025



segui quotidianosanita.it

twitter facebook newsletter archivio



# In dirittura d'arrivo il nuovo Piano cronicità. Entrano focus su obesità, epilessia ed endometriosi. Da sciogliere il nodo risorse

***Dopo un confronto con le Regioni arriva una nuova bozza di aggiornamento del Piano presentato in estate. Obiettivo del Piano è la definizione di percorsi in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Tra i punti quello di coinvolgere attivamente il paziente e chi gli presta assistenza in modo da stabilire un Patto di Cura nel quale gli obiettivi di salute siano concordati e comprendano anche l'educazione alla conoscenza della propria malattia. Ecco tutte le novità. IL DOCUMENTO***




**17 GEN** - In dirittura d'arrivo l'aggiornamento del Piano Cronicità. Dopo la prima bozza presentata in estate e un confronto con le Regioni dal Ministero della Salute è arrivata una nuova versione del documento anche se rimane appesa la questione delle risorse economiche. Un problema politico che dovrà essere affrontato nelle prossime settimane.

"Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità – si legge nel documento - sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione dei sintomi, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento

QSnewsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

QS gli speciali



Ok alla fiducia anche dal Senato. La manovra ora è legge. Per la sanità un finanziamento complessivo di 136,5 miliardi nel 2025. Dal personale alla farmaceutica, ecco tutte le misure

tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

1 Invalidità civile. Smi: "Subito incontro con l'Inps su nuova procedura per il rilascio e la trasmissione dei certificati"

2 Comparto Sanità. "Aumenti di stipendio congelati e i lavoratori

*CI, DEL FARMACO*
*AZIONALE*
*ZIA SANITARIA*

# Potenzialità della dell'Assistenza Primaria, 2

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




# ‘Health for All’ via primary health care is backed by evidence – and is a political choice

4 June 2024 | News release | Geneva, Switzerland

Reorienting health systems through a primary health care (PHC) lens is the best way to advance the goal of affordable health care for all. However, the realization of this vision hinges upon both political leadership and financial commitment to put the evidence into practice. This was emphasized by PHC experts during a side event of the 77th World Health Assembly in Geneva on 27 May 2024.

## Media Contacts



**Débora Miranda**
Communications and Dissemination Officer
**Email:** contact@obs.who.int

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

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



# Proposte per la integrazione tra Prevenzione e AP, 1

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

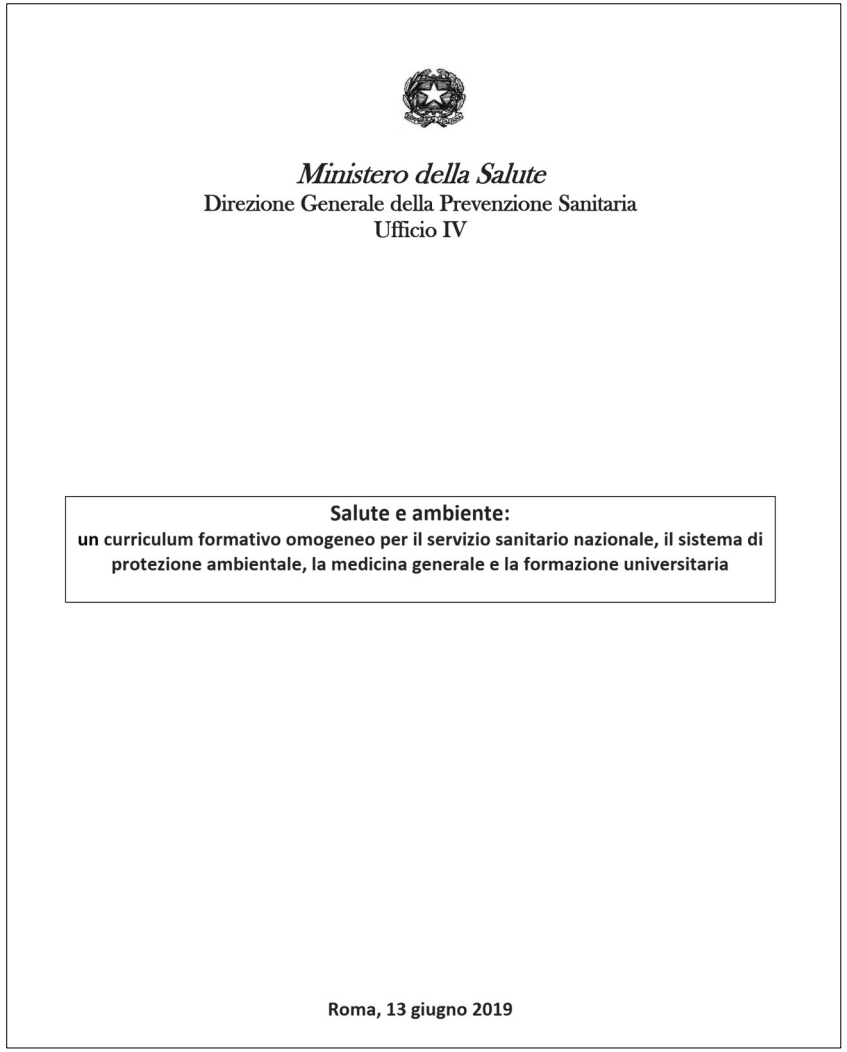
**Dalla *Primary Medical care* alla *Primary Health care***

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

Fonte: Vuori H. 1986

# Proposte per la integrazione tra Prevenzione e AP, 2

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



*Ministero della Salute*
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Ufficio IV

**Salute e ambiente:**
**un curriculum formativo omogeneo per il servizio sanitario nazionale, il sistema di protezione ambientale, la medicina generale e la formazione universitaria**

**Roma, 13 giugno 2019**

JAMA Revisited

August 16, 1924

## Preventive Medicine and the Future of Medical Practice

Henry F. Helmholz, M.D., Rochester, Minn.

In no sphere of medicine does prevention play so large a part as in pediatrics, and in no other branch of medicine has the growth of a specialty been so intimately associated with a corresponding development of preventive measures, emphasis being placed on the prevention of disease rather than on its cure. I doubt whether any specialized field has ever grown more rapidly than pediatrics in the last fifteen years, and this at a time when preventive measures, so-called public health work, were being carried on very much more actively and extensively than ever before. One might almost say that the demand for the pediatrician was created by the campaign of education in health matters of childhood. At that time, the greatest field of preventive medicine, the first year of life, was almost entirely neglected. The general practitioner...concerned himself with the infant only when it became ill....

Since 1892, when Budin first inaugurated his conferences for mothers, we have traveled far along the road to child health, and it can be said to our credit that a large part of the work has been done by pediatricians. Many of us have spent no small part of our time in developing prevention programs that, in the minds of some, represent almost treason to the medical profession. It is said that we are undermining the profession; that the physician will be out of a job, and that there will be no more sick to treat. Such statements have been so frequently made that it seems essential to analyze them more closely....

Has this worked to the disadvantage of the pediatrician after all ? Is he not taking care of practically all the babies of his clientele in a preventive way? His duties have changed from curing the sick infant to keeping his little charge well. The slogan of infant welfare organizations, "Keep the well baby well," illustrates admirably this change of work. The campaign of education has carried us much beyond this point, however.... Scurvy has become so rare a disease in infancy that in some places it is difficult to find a case to demonstrate to students....

Vaccination against smallpox was in vogue so long before we started practicing that it has not occurred to us how it was cutting down our practice. Preventive inoculation with toxin-antitoxin mixtures against diphtheria will, I hope, eradicate diphtheria from our practice. Moreover, the recent work in scarlet fever by the Dicks makes it seem more hopeful that this disease, too, may be prevented....Typhoid has been almost eradicated from most of our communities by controlling the water and milk supplies. The prevention of tuberculosis is in large measure a pediatrician's duty. Tuberculosis, once supposed to be uniformly fatal in childhood, is now known to be fatal only to those who have received an overwhelming infection, or whose general resistance is greatly reduced....The campaign for the pasteurization of all milk consumed by infants and children has practically eradicated the bovine type of infection. The public health measures of hygiene and periodic examinations have done much to reduce the incidence of active tuberculosis....

Public health work has given the public an entirely new idea of the possibilities of child health and has brought about a demand for care of the child such as we have never had. The parents bring the child to the physician, not because he is sick, but because they want to know what more they can do to make him well in mind and body....

In conversation with numerous pediatricians from all parts of the country, I have found scarcely any who have a definite schedule worked out for regular examinations after the second year, or a regular program of general hygienic measures....If this prevention program is preached from the beginning, I do not believe that we shall have any more difficulty in carrying it out in its entirety than we have had in obtaining monthly supervision of infants during infancy. Parents should not have a feeling that they are unwarrantedly taking the busy doctor's time...but should be encouraged in this practice; if possible, a definite time should be set aside for examination of well children....

Pediatrics is the only branch of medicine in which the physician takes special training to do general practice in an age period. As Dr. Veeder has put it, the pediatrician should be a physician of broad medical training, who is also able to supervise the growth and development of the child and observe its reaction to environment. The distinguishing feature of a pediatrician, then, is his knowledge of preventive medicine. Just as prevention of disease is becoming the major part of our work as pediatricians, preventive measures will grow to play an increasing part in the work of the general practitioner, and if the appreciation by the public of the service rendered by the pediatrician is any criterion, the general practice of medicine should undergo a similar development, provided the general practitioner will meet the demand of the public.

*JAMA*. 1924;83(7):485-486.

**Published Online:** July 18, 2024. doi:10.1001/jama.2023.18368

**Editor's Note:** JAMA Revisited is transcribed verbatim from articles published previously, unless otherwise noted.

**Section Editor:** Jennifer Reiling, Assistant Editor.

- **Centralità della prevenzione**: La **medicina preventiva si sposta al centro della pratica clinica, focalizzandosi su interventi anticipatori per ridurre l'incidenza** di malattie croniche e promuovere il benessere a lungo termine.
- **Collaborazione interdisciplinare**: Lavoro sinergico tra professionisti sanitari, epidemiologi, esperti ambientali e comunità locali **per implementare strategie di prevenzione mirate ed efficaci**.
- **Empowerment del paziente**: **Maggiore coinvolgimento dei cittadini nella gestione della propria salute**, con programmi educativi, promozione di stili di vita sani e accesso facilitato a risorse preventive.

**How to Cite**:
Almarzouq, Y. F., & Al Salim, H. A. (2024). The role of physicians in promoting preventive healthcare. *International Journal of Health Sciences*, *8*(S1), 1949–1964.
https://doi.org/10.53730/ijhs.v8nS1.15447

# The role of physicians in promoting preventive healthcare

**Yousef Fahad Almarzouq**
KSA, National Guard Health Affairs

**Hamad Abdullah Al Salim**
Ministry of National Guard
Email: Alsalimha2@ngha.med.sa

***Abstract*---Background:** The current system of medicines has mainly adopted the disease oriented approach however with increase in the incidences of chronic diseases; there is need for a shift to disease prevention approach. In this context, physicians potentially have a vital role to play in the move toward person-focused, preventative health. **Aim:** The significance of the present study lies in the fact that it aims at identifying and analyzing the current experience of physicians in promoting preventive healthcare, their leadership within expectations of clinical practice, public health campaigns, and community plans. **Methods:** An explorative review of the published literature was exercised, focusing on cases and physicians' interventions and evaluating their impacts on patient- and system-level preventive healthcare. **Results:** Physicians implant an important role in disease prevention by offering individualized therapeutic care, educating patients, and speaking as informed customers on behalf of advantageous health reforms. Due to their contribution in the prevention aspect, their various health related illnesses have been reduced with lower treatment costs. **Conclusion:** The physicians assume a key role in altering the nature of healthcare by centred on best practice and prevention. It is also imperative that they lead on this change toward longer sustainability of a healthier revolutionized healthcare system.

***Keywords*---**Integrated health promotion prevention, medical doctors, health, everything that can be avoided, non-communicable disease control, health promotion.

- **I medici svolgono un ruolo cruciale nella promozione della salute preventiva, educando i pazienti su stili di vita sani, individuando precocemente fattori di rischio e malattie.**
- Agiscono come **intermediari tra il sistema sanitario e la comunità**,
- La loro formazione continua è essenziale per **affrontare sfide emergenti come le malattie croniche e i rischi ambientali**.
- Promuovono un **approccio centrato sul paziente,** incoraggiando scelte informate e comportamenti salutari.
- **Collaborano con altri professionisti** e istituzioni per implementare strategie efficaci di prevenzione. Infine, **contribuiscono a ridurre i costi sanitari, migliorando al contempo la qualità della vita della popolazione**.

# LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

# Cos'è la *Sorveglianza*?

**Riuscireste a guidare nel traffico senza guardare fuori?**



**Riuscireste a prendere decisioni efficaci per la salute dei cittadini senza dati?**

***S. è u*n sistema di raccolta sistematica, di analisi e interpretazione dei dati relativi alla salute, essenziali alla pianificazione, implementazione e valutazione della pratica di salute pubblica.**

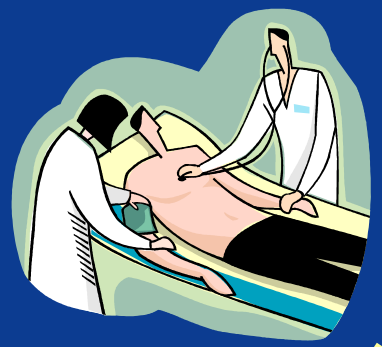
# Sorveglianza per l'Azione

La caratteristica fondamentale di un sistema della Sorveglianza è il legame tra la produzione di **conoscenza** dei pericoli, delle esposizioni e dei rischi e **l'azione pratica**

# Tipi di indicatori ambientali sanitari EPHI:

- **Indicatori di rischio:** Una condizione o un'attività che identifica il **potenziale** per esposizione a un agente inquinante o stato pericoloso
- **Indicatore di esposizione:** Un indicatore biologico in un tessuto o liquido che identifica la **presenza** di una sostanza o combinazione di sostanze che potrebbero nuocere a un individuo.
- **Indicatore di effetto sulla salute:** Una malattia o una condizione che identifica un **effetto** avverso da esposizione ad un rischio ambientale conosciuto o ritenuto sospetto.
- **Indicatore di intervento:** Un **programma o una politica** ufficiale che minimizza o previene un rischio ambientale, un'esposizione, o un effetto sulla salute.

# Syndromic Surveillance Data Sources



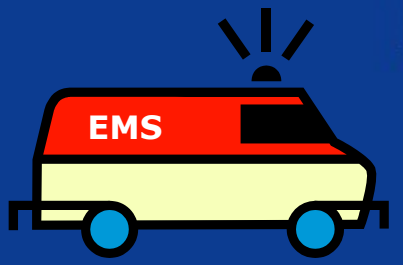
Emergency Departments



Nursing Hotlines

Laboratory Tests








Poison Control



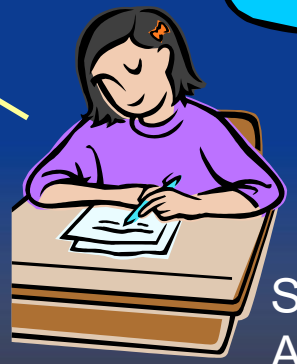

Prescription Drugs




Over-the-counter

Veterinarian Clinics

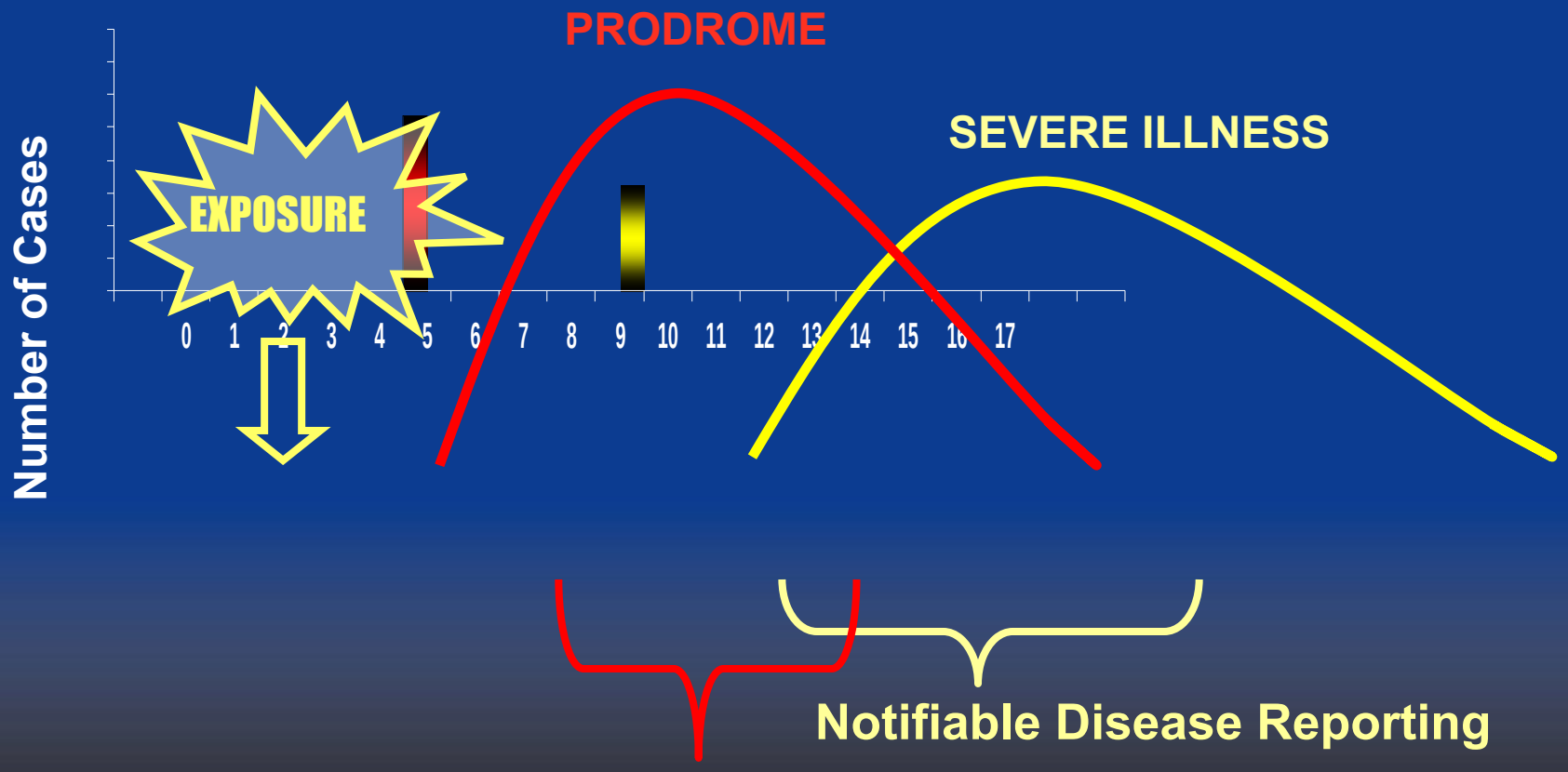




School Absentee

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

# Rationale


PRODROME
SEVERE ILLNESS
EXPOSURE
Number of Cases
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17
Notifiable Disease Reporting
Syndromic Surveillance

# QUALCHE CENNO SULLA STORIA DEI MEDICI SENTINELLA

# Medici Sentinella per l'Ambiente

## *Alcuni esempi significativi, (1)*



Nel 1993, il Dr. Gardner pubblicò uno studio su un **cluster di leucemia infantile nei pressi di una centrale nucleare situata a Sellafield** (Regno Unito). Successivamente, le autorità locali ammisero che nell'area era stato precedentemente localizzato un sito di scorie nucleari militari, poi trasformato in centrale nucleare. **Dopo alcuni anni, la centrale di Sellafield fu chiusa.**

Nel 2016, una forte **preoccupazione per la presenza di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) nell'acqua potabile** emerse a seguito di alcune osservazioni del dott. Vincenzo Cordiano, ematologo. Grazie a un'ampia e incisiva pressione popolare, sono state implementate numerose **misure legislative e tecnologiche, che portarono alla chiusura della fabbrica responsabile dello scarico di tali sostanze.**



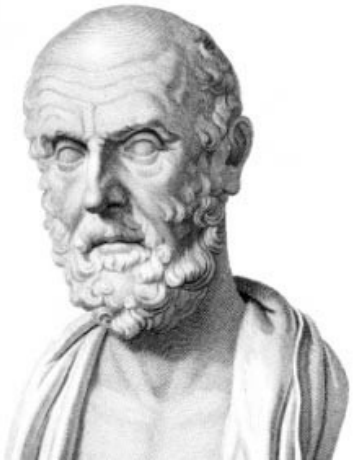
# *Alcuni esempi significativi…(2)*

Negli anni ’80 un medico genovese, Gianfranco Porcile, aveva notato un’alta incidenza di tumori totali nel quartiere genovese di Staglieno: il sospetto ricadde subito sulle emissioni dell’inceneritore di Rifiuti Solidi Urbani che era localizzato proprio lì vicino: dopo molte battaglie dei cittadini abitanti nella zona, l’inceneritore venne chiuso definitivamente.



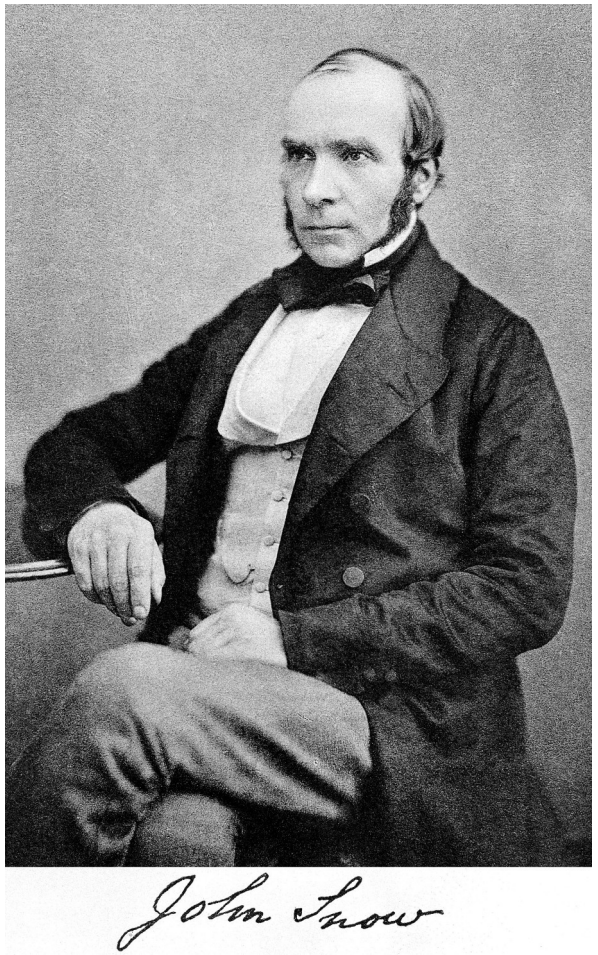
# ….ma!

*“Chiunque desideri indagare correttamente in medicina, dovrebbe procedere così: in primo luogo dovrebbe considerare le stagioni dell’anno, e quali effetti produce ciascuna di esse (poiché non sono tutte uguali, ma variano in funzione dei cambi di stagione). Poi bisogna considerare i venti, caldi e freddi, e quindi quelli peculiari per ciascuna località. Dobbiamo considerare la qualità delle acque, poiché, dato che esse differiscono fra loro per la leggerezza e sapore, avranno diversa qualità…”*



*(Ippocrate IV Sec. a.c)*

# L’avvento della moderna epidemiologia ambientale




**Tab. 2.3** Morti da colera per 10,000 case e per fonte di approvvigionamento idrico, Londra 1854.

| Approvvigionamento idrico | Numero di case | Morti per colera | Morti per 10,000 case |
|---|---|---|---|
| Southwark e Vauxhall Company | 40,046 | 1,263 | 315 |
| Lambeth Company | 26,107 | 98 | 37 |
| Resto di Londra | 256,423 | 1,422 | 59 |

*Fonte*: Snow (55;.

Dopo ciò tutte le ditte erogatrici di acqua di Londra furono obbligate a filtrare l’acqua (1857). Tutto questo 40 anni prima che Koch identificasse il vibrione colerico (1883). (NB: Snow identificò nella condizione sociale un importante co-fattore protettivo per ebrei e birrai, i primi perché si lavavano le mani, i secondi perché bevevano birra pastorizzata)

# Reti di Medici sentinella: Qualche esempio

- Birmingham (UK) il Royal College of General Practitioners condusse surveys su 14.500 pazienti nel 1955-56 e nel 1970-71.
- Sentinel Stations in Olanda nel 1970, ma che era già stato avviato nel 1960
- The Canadian Influenza and Surveillance System nel 1967-68 che diventò il NaReS [National Recording System]
- nel1970 the Family Medicine Information System in Colorado e il Cooperative Information Project.
- Nel 1978 a Denver l'Ambulatory Sentinel Practice Network

# Medici Sentinella: definizione

"Può essere definito come un sistema dedicato ad **un'attenta osservazione di un campione della popolazione** fornendo informazioni regolari e standardizzate sull'incidenza e sulle caratteristiche principali di una specifica malattia e delle procedure connesse di assistenza primaria"

*(Van Casteren 1993),*

# Locale/globale (?)

DOI: 10.1002/wmh3.448

INVITED ARTICLE




WILEY

## Family doctors to connect *global concerns* due to climate change with *local actions*: State-of-the art and some proposals

Paolo Lauriola[1,2] | Alice Serafini[1,3] |
Mariagrazia Santamaria[1,4] | Stefano Guicciardi[5,6] |
Peter K. Kurotschka[7,8] | Giovanni S. Leonardi[9,10] |
Ariana Zeka[11] | Evelyn Segredo[12] | Maria C. Bassi[13] |

# Locale <-> Globale

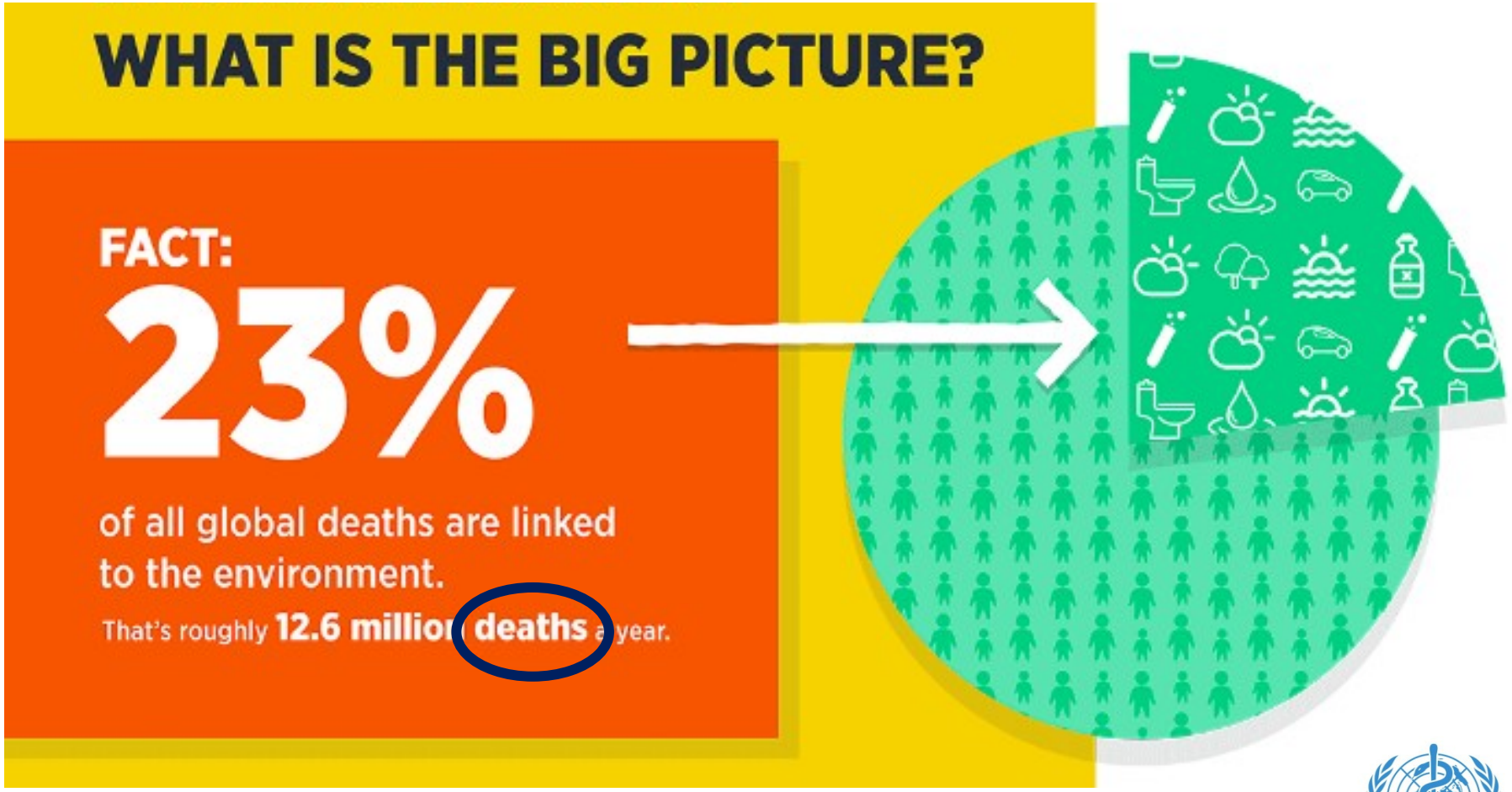
- Se è necessario un cambiamento a livello di sistema globale**, le comunità possono svolgere un ruolo importante nell'aiutare ad affrontare i problemi ambientali a più livelli** (sociale, politico, organizzativo)
- **P&CHC** può contribuire ad affrontare tali sfide globali, in un'ottica di **prevenzione e protezione delle comunità**, **con benefici globali**, condividendo esperienze e competenze a livello locale.
- Anche e soprattutto per far fronte le **disuguaglianze sociali ed economiche** a livello locale

# IL PROGETTO RIMSA

# Effetti dei cambiamenti climatici sulla salute : cosa sappiamo?



# Environmental Impacts on Health




World Health Organization

**Decessi…..**



**Ma non solo!**

# Perché coinvolgere i MMG/PLS?

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

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

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

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

Editorial > Science. 2023 Aug 25;381(6660):eadk4500. doi: 10.1126/science.adk4500.
Epub 2023 Aug 25.

# Will climate change amplify epidemics and give rise to pandemics?

Tulio de Oliveira [1], Houriiyah Tegally [1]

Affiliations + expand

PMID: 37616383 DOI: 10.1126/science.adk4500

FULL TEXT LINKS
Science AAAS

ACTIONS
Cite
Collections

SHARE

PAGE NAVIGATION
Title & authors

## Abstract

While the world recovers from the COVID-19 pandemic, another crisis continues to spiral at a much faster speed than was expected. Climate change is dominating our lives and causing a high level of distress. Countries all over the world are struggling to survive the damage caused by extreme events. They are trying to control wildfires, rebuild roads and houses damaged by floods, and learn to survive in a hotter and more dangerous world. However, there is also a new threat that is being overlooked-the interaction between climate change and infectious diseases. A comprehensive meta-analysis revealed that climate change could aggravate more than 50% of known human pathogens

…..c'è anche una nuova minaccia che viene trascurata: l'interazione tra il cambiamento climatico e le malattie infettive. Una meta-analisi approfondita ha rivelato che **il cambiamento climatico potrebbe aggravare oltre il 50% dei patogeni umani conosciuti**.
Sfortunatamente, questo sta già accadendo ora.

## Transmission of life-threatening infectious diseases is rising

The changing global climate is becoming increasingly suitable for the transmission of many life-threatening infectious diseases, making control efforts more and more challenging and costly.

***Change in climatic suitability, 1951–60 to 2013–22***



West Nile Virus

+4·4%



Dengue by *Aedes aegypti*

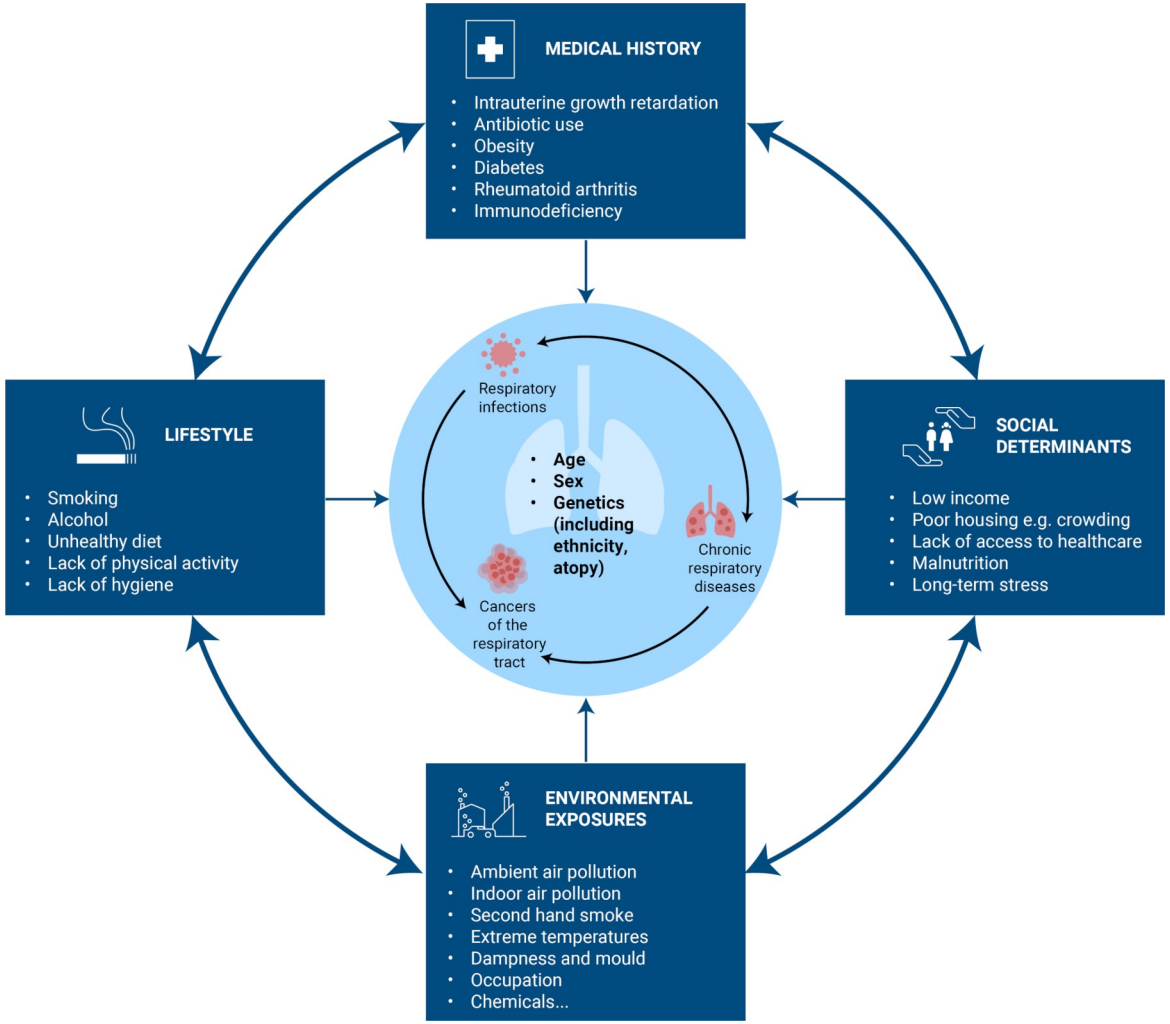
+28·6%



Dengue by *Ae albopictus*

+27·7%

# Malattie (croniche) non contagiose




*Fonte: EEA, Nov 2024*

*European Journal of General Practice*, 2009; 15: 243–250

informa
healthcare

BACKGROUND PAPER

Wonca
World family doctors. Caring for people.
EUROPE

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

## Background

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



# Perché coinvolgere i MMG/PLS?

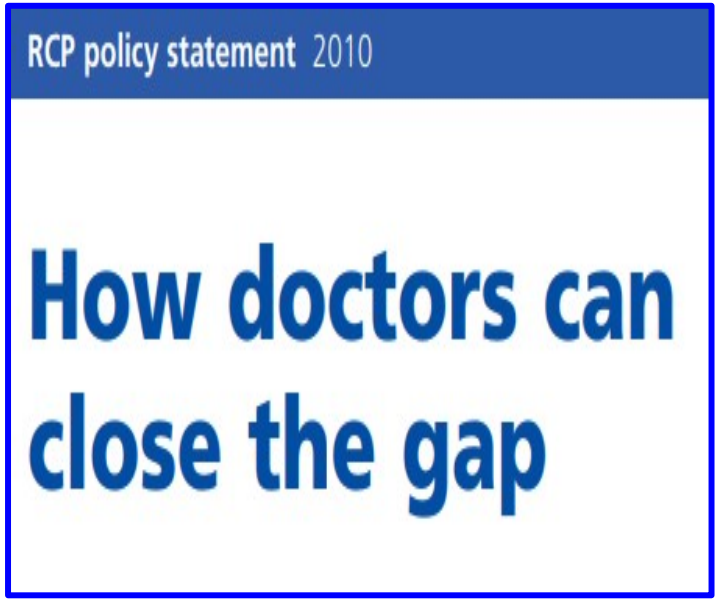
## L'ambiente come determinante di salute

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

- ★ **I MMG /PLS sono totalmente** inseriti nel contesto socio-economico, organizzativo culturale locale;
- ★ **Elevata influenza dei MMG/PLS** , sulle attitudini/abituni indivduali e sulle scelte della comunità;



- ★ I MMG e PLS possono giocare un ruolo cruciale come interpreti e "operatori" di sensibilià , conoscenza ed azioni che metttano in relazione le **problemantiche globali e le azioni locali**;



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

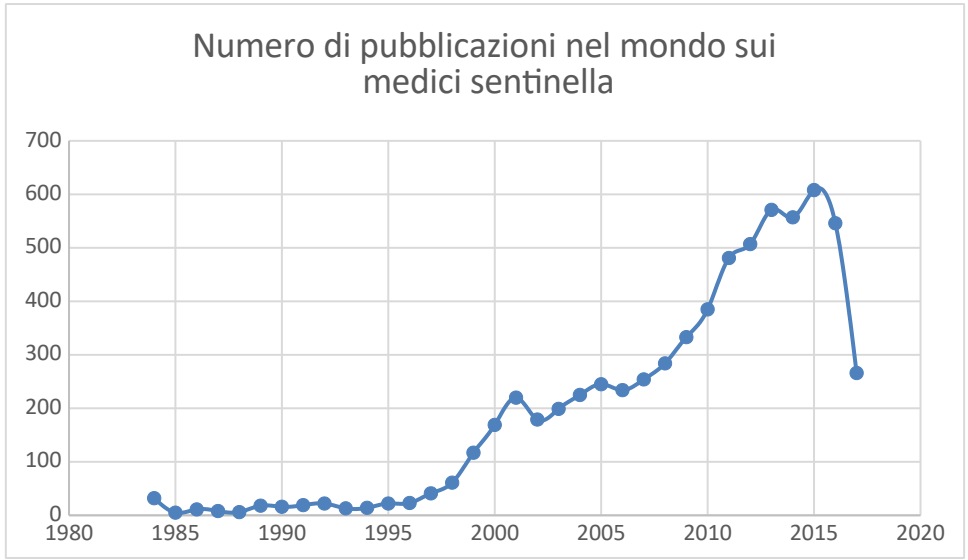
- **Sensibilizzazione ed educazione dei pazienti e delle comunità**
- **Coinvolgimento giorno per giorno nelle strategie e locali, regionali e nazionali per contrastare l'antimicrobico resistenza nell'ambito dell'approccio *OneHealth***
- **Allerta rapito in caso di eventi estremi ed epidemie da agenti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

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

# Medici Sentinella/Medici sentinella per l'Ambiente nel mondo

## *Sentinel Physicians*

- 6691 articoli che rispondevano ai criteri di ricerca




Lauriola et, 2019

## *Sentinel Physicians* su su temi ambientali

- esperienze in campo "Ambiente e Salute" nello stesso periodo sono state 15 (tutte dopo il 2000), per lo più basate su esigenze/circostanze particolari
- ambiente e salute: esperienze rare e legate alla "sensibilità civile" trasferite in ambito professionale

# Perché?

Le ragioni potrebbero essere le seguenti:

1. indagare gli **effetti sanitari connessi a condizioni di rischio ambientale** necessita di **collaborare** con organizzazioni e istituzioni diverse.
2. i MMG e PLS **non** sono specificamente prepararti sul **tema ambiente e salute** né sono formalmente chiamati ad occuparsene.

# CAMBIAMENTI CLIMATICI E SALUTE NELLA VISION "PLANETARY HEALTH"

Coordinamento:
Dipartimento Ambiente e Salute – ISS
Direzione Generale Prevenzione Sanitaria – Ministero della Salute

**Istituto Superiore di Sanità (ISS):**
- Dipartimento Ambiente & Salute
- Dipartimento sicurezza alimentare, nutrizione e sanità
- Dipartimento Malattie Infettive
- Centro Nazionale per la Salute Globale

**Centro Euro-Mediterraneo per i Cambiamenti Climatici (CMCC)**

**Centro Nazionale delle Ricerche (CNR) - Istituto Ricerca sulle Acque (IRSA)**

**Istituto Superiore Protezione e Ricerca Ambientale (ISPRA)**

**Dipartimento Epidemiologia e Prevenzione - Regione Lazio**

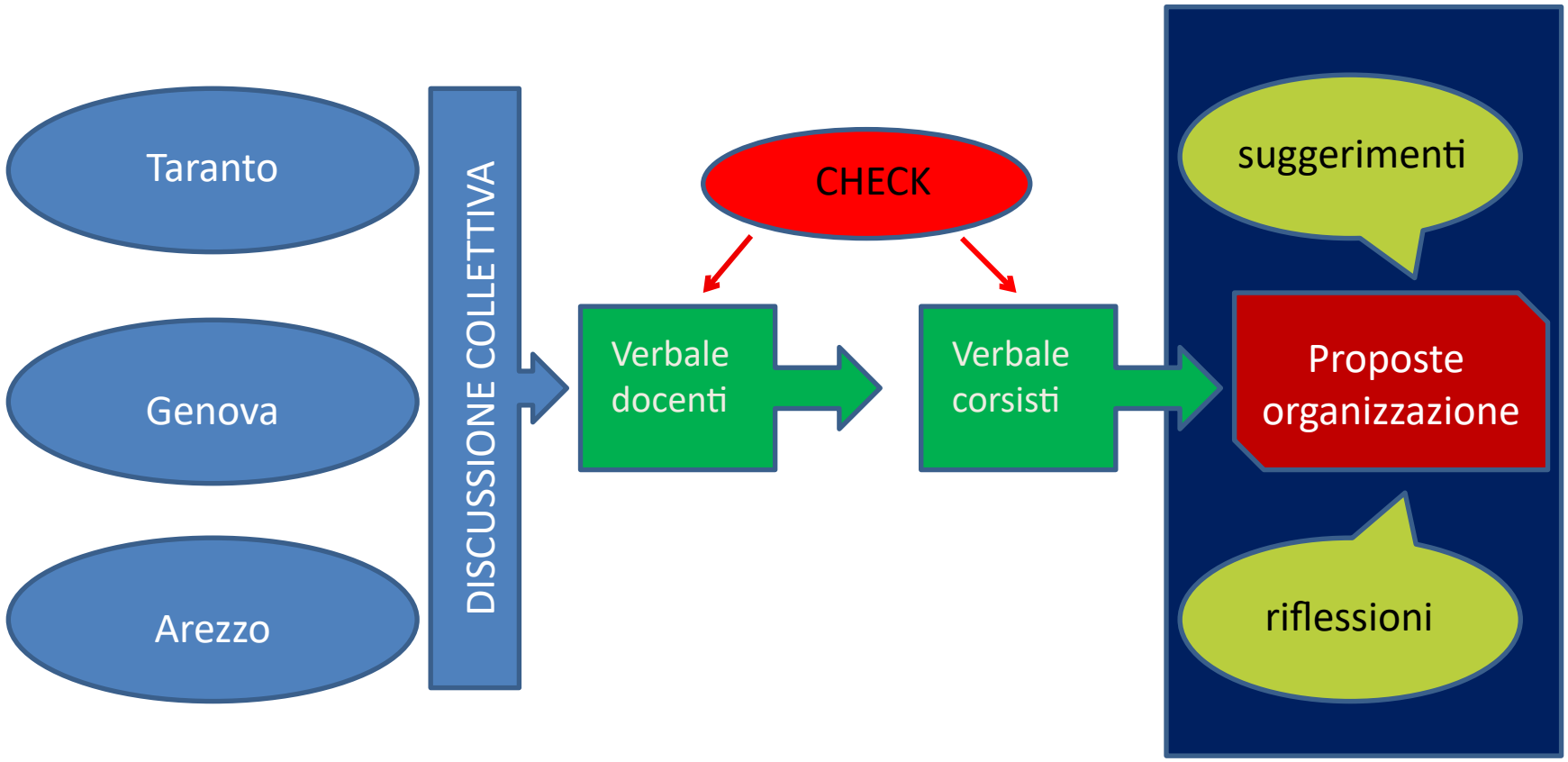
**Università degli Studi di Roma "La Sapienza": Laboratorio di Ecologia Funzionale e Servizi Ecosistemici**

**World Health Organization (WHO). Head Quarters, Geneva**

**Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) & Associazione Medici per l'Ambiente (ISDE)**

**Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare (MATTM)**

# Esperienze e proposte




In collaborazione con Staff S/O

# Rete Italiana Medici Sentinella per l'Ambiente

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

RIMSA
rete italiana medici
sentinella per l'ambiente

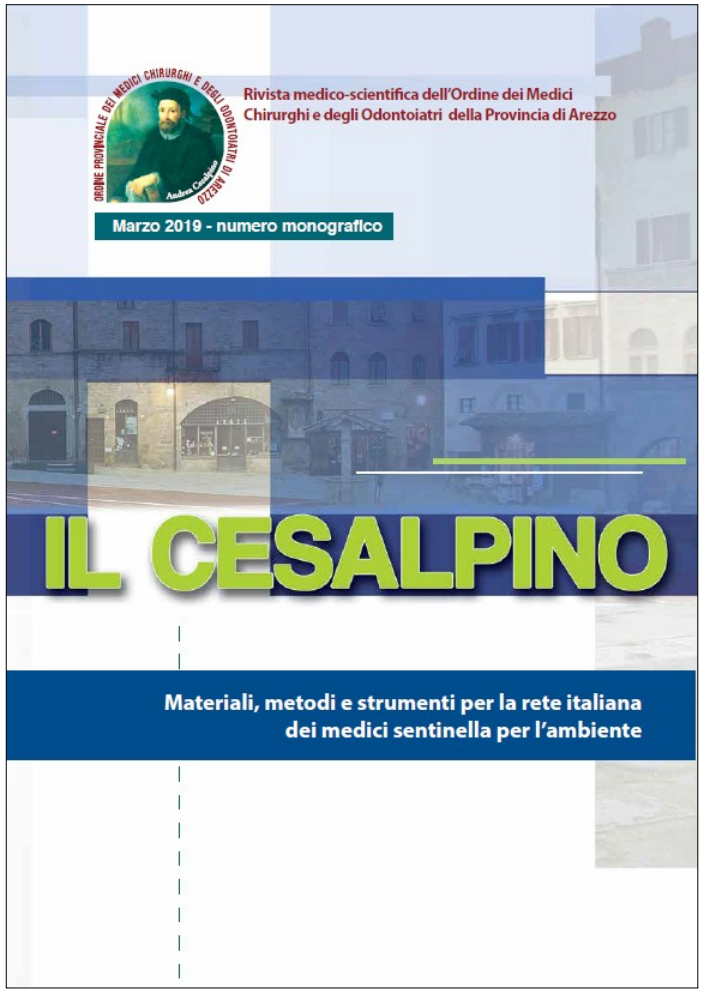
# Risultati

1. realizzazione di **3 eventi formativi** a livello sovra-regionale (Nord, Centro e Sud) e di una **iniziativa conclusiva** per la presentazione dei risultati finali (Roma 9 Marzo 2018);

2. un prodotto tangibile di questa iniziativa è stata la realizzazione di un **manuale** per raccogliere e descrivere metodi ed esperienze per i medici Medici Sentinella (**https://www.isde.it/wp-content/uploads/2019/03/Medici-Sentinella-Numero-monografico.pdf)**

3. creazione e gestione di un **sito web ((https://www.isde.it/rimsa/bibliografia-e-link/)** per l'aggiornamento delle informazioni a carattere legislativo, news, eventi, ecc., ad uso dei Medici sentinella.

4. avvio **di un percorso organizzativo** per la RIMSA



# Risultati (…segue)

**Website**

**Social Media**

**Scientific meetings**

**Scientific articles**



# ESEMPI DI REPORT

Research and analysis

# Syndromic surveillance summary: 2 January 2025 weeks 51 and 52

Updated 2 January 2025

Contents


Reporting weeks 51 and 52: 16 December to 29 December

Remote health advice syndromic surveillance system

GP in-hours syndromic surveillance system

GP out-of-hours syndromic surveillance system

Emergency department syndromic surveillance system

Ambulance syndromic surveillance system


Print this page

## GP in-hours syndromic surveillance system

During week 51 there was a further increase in influenza-like illness (ILI) consultations, across all age groups, with rates remaining above expected levels. Upper and lower respiratory tract infections continued to increase nationally in line with seasonally expected levels, with increases particularly observed in ages 15 years and over. Bronchiolitis consultation rates continued to decrease in children aged under 5 years while acute bronchitis increased overall and in adults aged 45 years and over. COVID-19-like consultations remained stable and at low levels. Consultations for vomiting increased during week 51, particularly in children aged 1 to 4 and 5 to 14 years.

GP in-hours syndromic surveillance bulletins

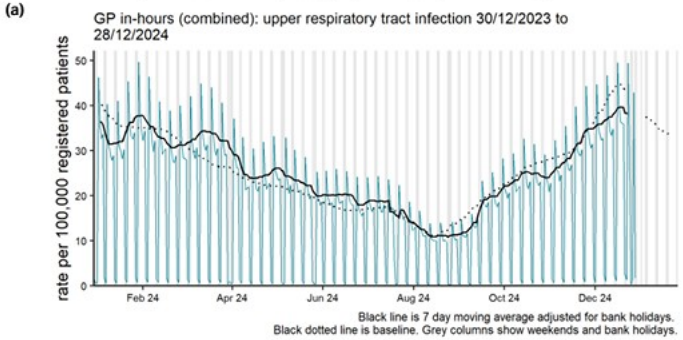
## GP out-of-hours syndromic surveillance system

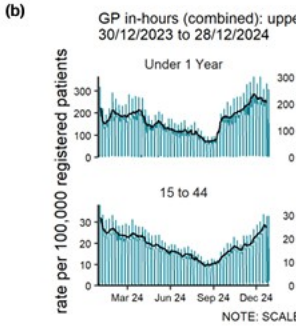
During week 52, GP out-of-hours contacts for acute respiratory infections continued to increase in those aged over 15 years. Whilst influenza-like illness contacts were stable nationally, contacts continued to increase in the 15 to 44 and 45 to 64 years age groups. Contacts for acute bronchitis and difficulty breathing or wheeze or asthma increased in older adults over 45 years of age. Contacts for diarrhoea increased sharply on 28 December, before decreasing to normal levels on 29 December.

GP out-of-hours syndromic surveillance bulletins

### Upper respiratory tract infections

**Figure 2: Daily incidence rate per 100,000 population (and 7-day moving average adjusted for bank holidays) for upper respiratory tract infections GP in hours consultations, England (a) nationally, (b) by age and (c) by UKHSA Region.**

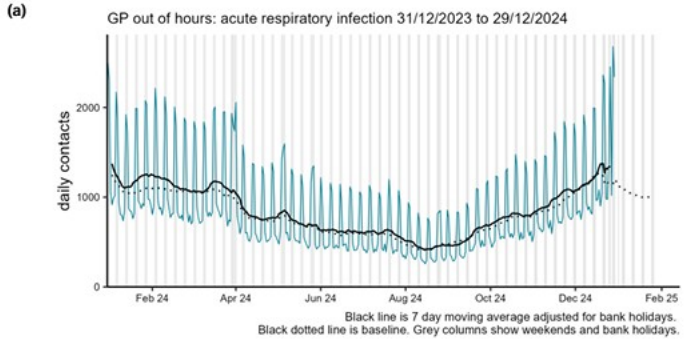


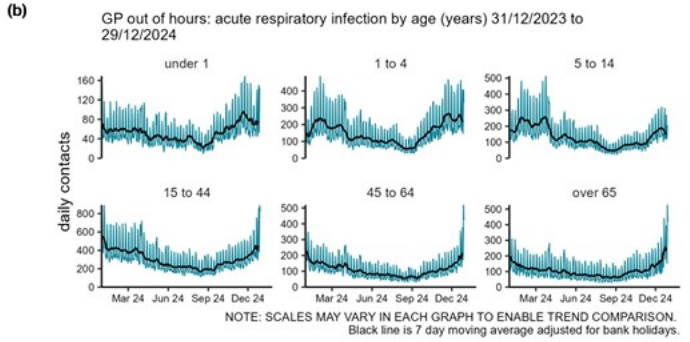




### Respiratory conditions

### Acute respiratory infections

**Figure 2: Daily number of GP out-of-hours and unscheduled contacts (and 7-day moving average adjusted for bank holidays) for acute respiratory infections, England (a) nationally and (b) by age.**



# Key messages

**Data reported to: 27 December 2024**

During week 52 influenza-like illness (ILI) consultation rates remained above seasonally expected levels and were elevated across all age groups. Though upper and lower respiratory tract infections were stable nationally, and in line with seasonally expected levels, rates remained elevated in adults, aged 15 years and over. COVID-19-like consultations remained stable and at low levels across all age groups and in all regions.

**Please note:** due to week 52 containing 2 bank holidays when routine GP in-hours services are not available, data and trends presented in this report should be interpreted with some caution.

## Syndromic indicators at a glance

**Table 1: The current trend (based on previous weeks, not only the current week) and the level (compared to the expected baseline), of each indicator included in this bulletin.**

| Indicator | Trend[1] | Level |
|---|---|---|
| COVID-19-like (**Figure 1**) | No trend | No baseline |
| Upper respiratory tract infections (**Figure 2**) | No trend | Below baseline |
| Influenza-like illness (**Figure 3**) | No trend | Above baseline |
| Pharyngitis (**Figure 4**) | No trend | Below baseline |
| Scarlet fever (**Figure 5**) | No trend | Below baseline |
| Lower respiratory tract infections (**Figure 6**) | No trend | Similar to baseline |
| Pneumonia (**Figure 7**) | No trend | Similar to baseline |
| Bronchiolitis (**Figure 8**) | Decreasing | Below baseline |
| Acute bronchitis **(Figure 9)** | No trend | Below baseline |
| Acute presenting asthma (**Figure 10**) | No trend | Below baseline |
| Gastroenteritis (**Figure 11**) | No trend | Above baseline |
| Diarrhoea (**Figure 12**) | No trend | Above baseline |
| Vomiting (**Figure 13**) | No trend | Above baseline |
| Measles (**Figure 14**) | No trend | Above baseline |
| Mumps (**Figure 15**) | No trend | Below baseline |
| Whooping cough (**Figure 16**) | No trend | Above baseline |
| Cellulitis (**Figure 17**) | No trend | Similar to baseline |
| Chickenpox (**Figure 18**) | No trend | Similar to baseline |
| Herpes zoster (**Figure 19**) | No trend | Similar to baseline |
| Impetigo (**Figure 20**) | No trend | Below baseline |
| Conjunctivitis (**Figure 21**) | No trend | Below baseline |

[1] trend reports on the trend seen over most recent and earlier weeks





# Key messages

**Data reported to: 29 December 2024**

During week 52, GP out-of-hours contacts for acute respiratory infections continued to increase in those aged 15 years and over. Whilst influenza-like illness contacts were stable nationally, contacts continued to increase in the 15 to 44 and 45 to 64 years age groups.

**Please note** this bulletin includes data up to and including 29 December, including 2 bank holidays, which are expected to result in increased GP out-of-hours contacts. The 7-day moving averages in all charts are adjusted to account for these bank holidays.

## Syndromic indicators at a glance

**Table 1: The current trend (based on previous weeks, not only the current week) and the level (compared to the expected baseline), of each indicator included in this bulletin.**

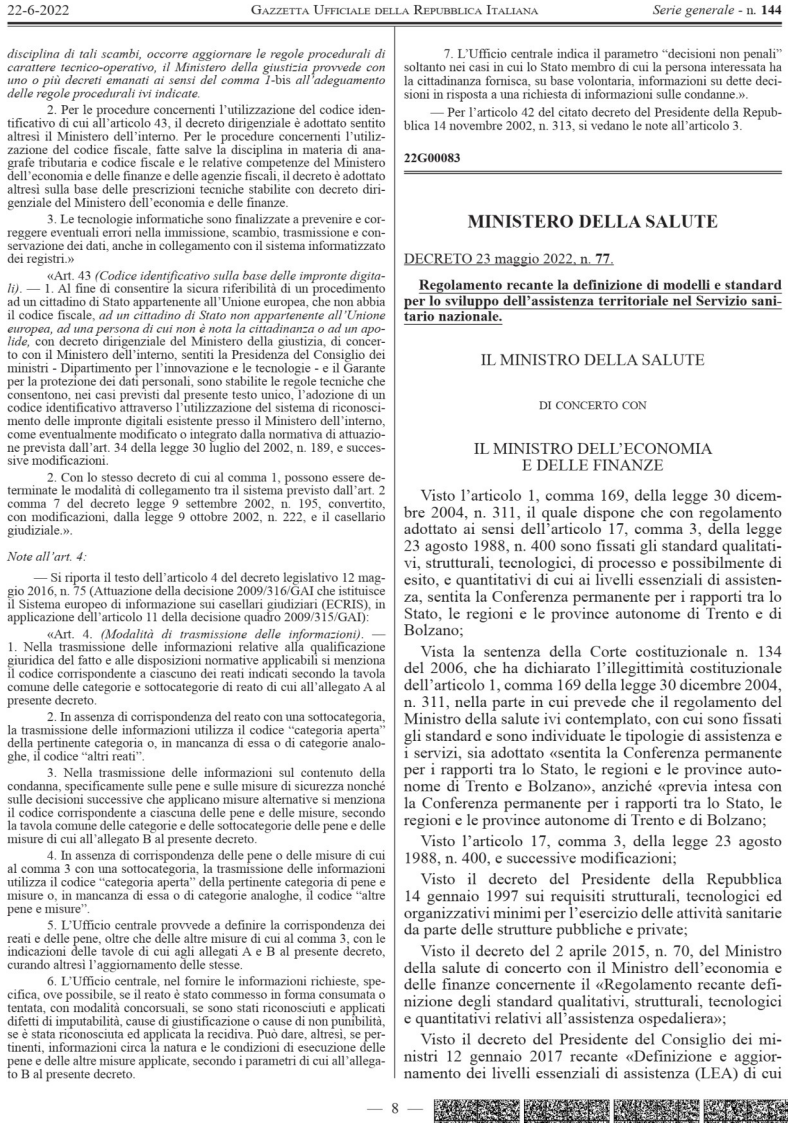
| Indicator | Trend[1] | Level |
|---|---|---|
| Total contacts (**Figure 1**) | No trend | No baseline |
| Acute respiratory infections (**Figure 2**) | No trend | Above baseline |
| Influenza-like illness (**Figure 3**) | No trend | Above baseline |
| Acute bronchitis/bronchiolitis (**Figure 4**) | No trend | Below baseline |
| Difficulty breathing/wheeze/asthma (**Figure 5**) | Increasing | Above baseline |
| Fever (**Figure 6**) | Decreasing | Below baseline |
| Acute pharyngitis (**Figure 7**) | Decreasing | Similar to baseline |
| Gastroenteritis (**Figure 8**) | No trend | Above baseline |
| Diarrhoea (**Figure 9**) | No trend | Above baseline |
| Vomiting (**Figure 10**) | Decreasing | Similar to baseline |
| Chest pain (inc. myocardial infarction) (**Figure 11**) | No trend | Above baseline |

[1] Current trend reports on the trend seen over previous weeks

# PROSPETTIVE

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

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



22-6-2022 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA *Serie generale* - n. **144**

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

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

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

*Note all'art. 4:*

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

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

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

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

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

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

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

7. L'Ufficio centrale indica il parametro "decisioni non penali" soltanto nei casi in cui lo Stato membro di cui la persona interessata ha la cittadinanza fornisca, su base volontaria, informazioni su dette decisioni in risposta a una richiesta di informazioni sulle condanne.».

— Per l'articolo 42 del citato decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, si vedano le note all'articolo 3.

**22G00083**

**MINISTERO DELLA SALUTE**

DECRETO 23 maggio 2022, n. **77**.

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

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sole 24 Ore Salute 24

07-GEN-2025
da pag. 1-18 /foglio 1 / 2

Settimanale - Dir. Resp.: Fabio Tamburini
Tiratura: N.D. Diffusione: N.D. Lettori: 679000 (DS0008429)

DATA STAMPA
44° Anniversario

Sanità pubblica

Nuovi medici verso le Case di comunità

Marzio Bartoloni —a pag. 18

# Medici di famiglia, si cambia: i nuovi nelle Case di comunità

**La riforma.** Si lavora a un testo di legge: ipotesi dipendenza per i neo-assunti, mentre chi resta negli studi in convenzione con il Ssn dovrà mettere a disposizione un numero minimo di ore nella Sanità territoriale

**Al momento sono attive 413 Case di comunità, ma in un quarto di queste non ci sono medici**

**Una prima bozza di proposta è stata chiusa da un gruppo di Regioni. La riforma potrebbe diventare un decreto**

**Marzio Bartoloni**

I nuovi medici di famiglia saranno assunti direttamente dal Servizio sanitario nazionale per lavorare sul territorio dove saranno assegnati dai distretti prioritariamente alle oltre 1400 Case di Comunità che apriranno in tutta Italia entro metà del prossimo anno grazie ai fondi del Pnrr. I giovani dottori che decideranno dopo la nuova specializzazione universitaria in cure primarie di diventare medici di famiglia non saranno più infatti come oggi dei "liberi professionisti" che siglano una convenzione con il Ssn in base alla quale tenere aperti i loro ambulatori per alcune ore al giorno gestendo un determinato numero di pazienti (1500 al massimo che con le deroghe arrivano in media a 1800) in modo autonomo e spesso troppo isolato, ma saranno dei veri e propri dipendenti assunti con orari e contratti nazionali. E lavoreranno appunto nelle Case di comunità, negli ospedali di comunità, nelle Cot (le Centrali operative territoriali) e nei distretti in team con gli altri colleghi. Insomma in quella Sanità territoriale su cui il Pnrr investe oltre 7 miliardi e che dovrebbe avvicinare finalmente le cure a casa dei cittadini evitando così che ingolfino ospedali e pronto soccorso. A parte i neo-assunti tutti gli altri medici di famiglia - oggi ridotti a poco più di 37mila - potranno scegliere di restare "convenzionati", ma dovranno comunque mettere a disposizione un certo numero di ore a settimana (almeno 14-16 ore) per il distretto: magari per fare delle vaccinazioni, delle visite a casa dei pazienti o fare attività nelle Case di comunità.

È questo il nucleo della rivoluzione a cui sta lavorando il ministero della Salute con la stretta collaborazione di un gruppo di Regioni - in particolare Friuli, Veneto, Emilia Romagna e Lazio che hanno lavorato a una prima bozza appena chiusa - per arrivare a una riforma di cui è sempre più convinto il ministro Orazio Schillaci che poco prima di Natale aveva ribadito come immagina il futuro dei medici di famiglia: «La soluzione sta nel lavoro in team, all'interno delle Case di comunità e nella necessità di ripensare questa professione che deve essere al passo con i tempi e con i cambiamenti». La riforma, non una semplice norma come era stata immaginata dall'ex ministro della Salute Roberto Speranza alla vigilia della caduta del Governo Draghi, dovrebbe concretizzarsi in un vero e proprio articolato di legge che potrebbe prendere, se sarà necessario, anche la forma di un decreto. La bozza è già alla valutazione tecnica anche perché l'intervento impatterà su tutta l'architrave normativa che regge il Ssn e cioè la legge 502 del 1992 e le sue revisioni. L'obiettivo è quello di ripensare tutto il percorso di accesso alla medicina generale, compresa la formazione specialistica post laurea che diventerà di rango universitario (oggi è regionale). Per i nuovi dottori di famiglia, come detto, il destino sembra quello unico della dipendenza - come chiedono ormai da tempo in coro tutte le Regioni - mentre per gli altri medici di famiglia che decideranno di restare nei loro ambulatori - ci sarà la possibilità di fare una opzione - si valuta un impegno in base al carico di assistiti, ma assicurando un numero minimo di ore (14-16 a settimane) a disposizione del distretto sanitario.

Del resto Il tempo stringe: tra un anno e mezzo se tutto va bene apriranno 1420 Case di comunità per far decollare finalmente la Sanità territoriale, ma le nuove strutture rischiano di diventare delle «cattedrali nel deserto» come ha sottolineato lo stesso Schillaci. Secondo l'ultimo monitoraggio dell'Agenas aggiornato a giugno 2024 finora ne sono attive soltanto 413 concentrate in 11 Regioni e con il grave handicap che dentro c'è poco personale sanitario che ci lavora, in un quarto addirittura zero medici. In pratica spesso sono delle scatole vuote. Il monitoraggio mostra infatti come il *vulnus* più grande sia la presenza ancora molto limitata di personale medico: in ben 120 Case di comunità delle 413 attive non è prevista neanche l'attività di medici di assistenza primaria e in 137 non ci sono pediatri. Soltanto in 175 Case di comunità la presenza di medici è prevista tra 50 e 60 ore a settimana e in 141 quella dei pediatri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ARTICOLO NON CEDIBILE AD ALTRI AD USO ESCLUSIVO DEL CLIENTE CHE LO RICEVE - DS8429 - S.37396 - L.1956 - T.1677

1. **Nuova collocazione per i medici di famiglia**: I nuovi medici di base saranno assunti direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e assegnati prioritariamente alle oltre 1.400 **Case di Comunità** che apriranno in Italia entro metà del prossimo anno, come previsto dal PNRR.
2. **Transizione verso il lavoro dipendente**: I medici di famiglia di **nuova nomina non saranno più liberi** professionisti con convenzioni, ma diventeranno dipendenti del SSN, con orari e contratti nazionali, lavorando in team all'interno delle strutture sanitarie territoriali.
3. **Ruolo delle Regioni nella riforma**: Il Ministero della Salute, in collaborazione con alcune Regioni come Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Emilia-Romagna e Veneto, sta elaborando nuove regole per ridefinire la professione dei medici di famiglia, adeguandola alle esigenze attuali.
4. **Sfide nella realizzazione delle Case di Comunità**: Attualmente, su 413 Case di Comunità operative, **molte presentano una carenza di personale medico;** in 120 di esse non è prevista l'attività di medici di assistenza primaria, e in 137 mancano pediatri.
5. **Carenza di medici di famiglia in Italia**: Secondo dati recenti, in Italia **mancano almeno 10.000 medici di famiglia**, con una dotazione di 68,1 per 100.000 abitanti, inferiore rispetto ad altri Paesi europei come Germania, Spagna e Francia.

NURSE TIMES

Regionali · Infermieri · Studenti · Cittadino · Specializzazioni · Lavoro · O.S.S.

Il Messaggero

Economia | News ULTIMA ORA



Articolo riservato agli abbonati

## Medici di base, riforma: salta il rapporto con i pazienti. Cosa succede ora

*Il governo punta a trasf i sanitari da liberi professionisti a dipend servizio sanitario nazio Questo passaggio potr danneggiare l'Enpam*

*di Rosario Dimito e Francesco*

in

Home Medicina Ric

SEGUICI SU:

ARTICOLO SUCCESS

Solare a concentrazione nel un passo verso decarboni risparmio energeti

ARTICOLO PRECEDEN

Lesione del legamento crocia cause, sintomi e solu

Digita il termine da cercare

L'EDITORIALE



Home › Medici ›

Medici NT

CORRIERE DELLA SERA

FINANZA BORSA RISPARMIO T

## Medici agli st

IN EVI

Francesco Ma



Condividi

I nuov lavora di cor

I giov decideranno di diventare medici di famiglia non s una convenzione con il Ssn per tenere aperti i lor modo autonomo un determinato numero di pazie arrivano in media a 1.800), ma saranno veri e pro

Vai a RaiNews.it

TGR Friuli Venezia Giulia Gorizia Pordenone Trieste Udine

Redazioni Tgr

7° 0° Roma

Rai

Salute

# Medici di famiglia dipendenti del SSN? Fa discutere la proposta di Schillaci

*Nella riforma il Ministro della Salute li immagina primo riferimento nelle Case della Comunità. Critici sindacati e Fimmg: "Una forzatura"*

09/01/2025 Lara Boccalon




Medico di famiglia a colloquio con un paziente

# Ricreare la Medicina Generale per salvare il Sistema Sanitario Nazionale.

## Reinventing General Medicine to save the National Health System

**Giuseppe Maso**
Past-President SIICP ( Società Italiana Interdisciplinare Cure Primarie)

*Published by Communication Laboratory Editore.*
*All right reserved IJPC 2024; Vol 11, N°2 - December 2024*

## RIASSUNTO

Non può esistere un qualsiasi sistema di erogazione delle cure equo e universale che non preveda la Medicina Generale tra i suoi pilastri portanti. La Medicina Generale/Medicina di Famiglia, in tutto il mondo, viene definita come la specialità medica orientata a fornire una cura comprensiva agli individui e alle famiglie integrando le scienze biomediche, ambientali e sociali; una disciplina medica accademica che comprende l'assistenza sanitaria comprensiva, l'educazione sanitaria e la ricerca. È l'arte di applicare su vasta scala e contemporaneamente i risultati scientifici e tecnologici di tutte le altre discipline specialistiche. Per la Medicina Generale il problema essenziale non è mai parcellare e il globale è sempre essenziale. Questo enorme processo di sintesi si è rivelato, in assoluto, la più grande conquista dell'intera medicina moderna.

# CONCLUSIONI

# Conclusioni. Che fare? *(1)*

1. Avviare/continuare una discussione per consolidare le Cure Primarie che coinvolga: Politica sanitaria, Accademia, operatori, perché si tratta di un tema **cruciale per il «nostro» SSN,** affinché **la casa sia il primo luogo di cura**;
2. passaggio dalla logica delle *"**prestazioni sanitarie**"* al *"servizio per la salute"* e al "***prendersi cura***";
3. **Valorizzare** *non* la **categoria** , ma il **ruolo** delle cure primarie favorendo un approccio comunitario;
4. Fare riferimento al Servizio Sanitario Nazionale, **indicando criteri uniformi a tutte le regioni;**
5. Orientare verso un **approccio sistemico, collaborativo e partecipativo**, di promozione comunitaria della salute e di welfare "secondo un approccio One Health";

# Conclusioni. Che fare? *(2)*

- And so, my fellow Americans, **ask not what your country can do for you; ask what you can do for your country**. My fellow citizens of the world, ask not what America will do for you, but what together we can do for the freedom of man (John Fitzgerald Kennedy)
- *E così, miei concittadini americani,* ***non chiedete che cosa il vostro paese può fare per voi; chiedete che cosa potete fare voi per il vostro paese****. Miei concittadini del mondo, non chiedete che cosa l'America vuole fare per voi, ma che cosa insieme possiamo fare per la libertà dell'uomo (John Fitzgerald Kennedy*



*Washington, 20 gennaio 1961*

lauriola@isde.it