



16 ottobre 2025

Con il contributo non condizionato di

sanofi



 Inspired by **patients**.
Driven by **science**.

EQUITY group

CRONICITÀ

SALUTE  **QUITÀ**®

Cronicità

RELAZIONE INTRODUTTIVA

Sabrina Nardi

Fotografia di popolazione



Circa una persona su 4 è over 65 (24%) e a rischio di povertà/esclusione sociale (24,4% nel 2022)*

10,6%

La vita media attesa senza limitazioni a 65 anni sale a 10,6 anni, contro i 10 sia del 2022 sia del 2019°

193,1%

Indice di vecchiaia*



Circa un over 75 su due (49%) è in condizione di multicronicità e con gravi limitazioni°

8,7%

Popolazione straniera residente*



Mortalità evitabile 2021 (prevenibile e trattabile): situazioni più critiche in Campania, Molise, Sicilia, Puglia e Lazio (tassi di mortalità più elevati della media nazionale)°



Più di una persona su 5 risiede nelle aree interne (22,6%)*

- Principali cause di morte: malattie del sistema circolatorio e tumori
- Aumentano polmoniti e influenza (+23,8%)
- Mortalità più alta nel Mezzogiorno per cause cardiovascolari e diabete§

*Fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia – Relazione 2023

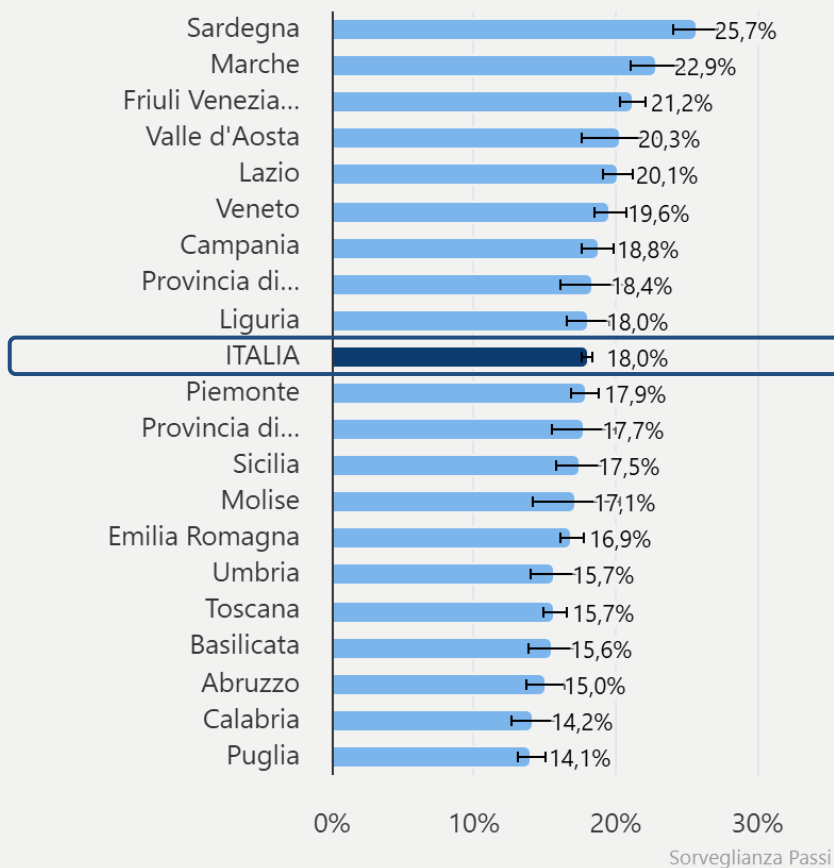
°Fonte: Istat, Indicatori Bes

§ Istat Cause di morte 2022- https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/06/Report-cause-di-morte_Anno-2022.pdf

Oltre 1 persona su 6 ha una malattia cronica

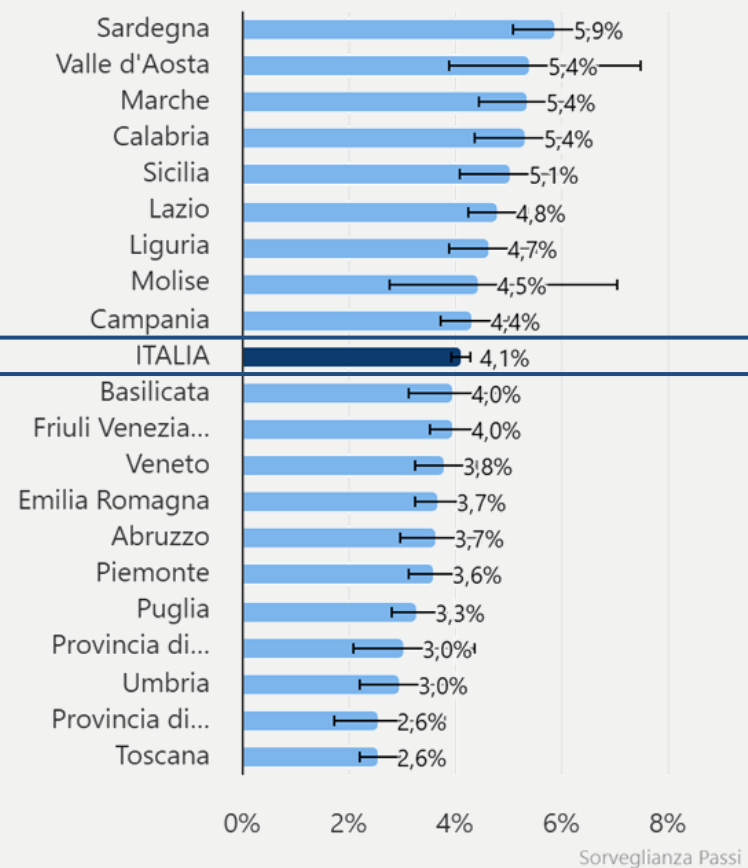
**Persone con almeno 1 patologie cronica
per regione di residenza**

Passi 2023-2024



**Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)
per regione di residenza**

Passi 2023-2024



e negli over 65



Il **57%** degli ultra 65enni ha ricevuto, nel corso della vita, la diagnosi di almeno **una patologia cronica**. Più diffuse al centro e al sud (60%) rispetto al nord (53%)



Aumenta con l'età: 16% (65-74 anni) → 37% (85+ anni)



Le principali patologie (tra quelle indagate)
Cardiopatie: 27% - **Diabete:** 20% - **Malattie respiratorie croniche** (bronchite cronica, enfisema, asma, insufficienza respiratoria): 16% - **Tumori:** 13%



Più frequente tra persone svantaggiate:
Difficoltà economiche: 38% vs 19% (nessuna difficoltà).
Bassa istruzione: 30% vs 19% (più istruiti)



La **Policronicità** (≥ 2 patologie) riguarda **1 ultra 65enne su 4** (25%) ed ancora una volta è meno diffusa al nord 19% rispetto al Sud 24% e al Centro 25%

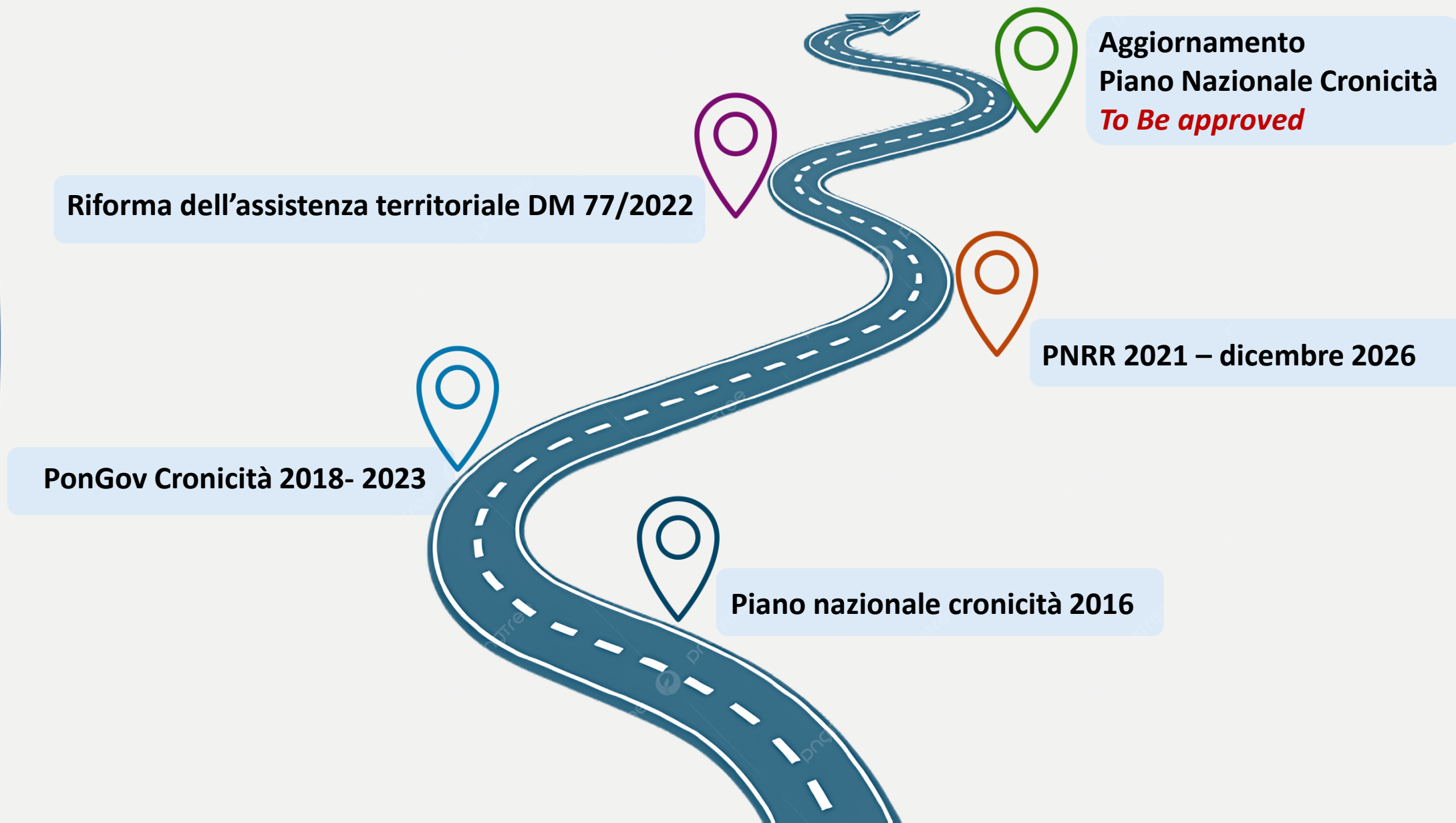


Differenze di genere: uomini 24%, donne 21%



Le risposte per la Cronicità

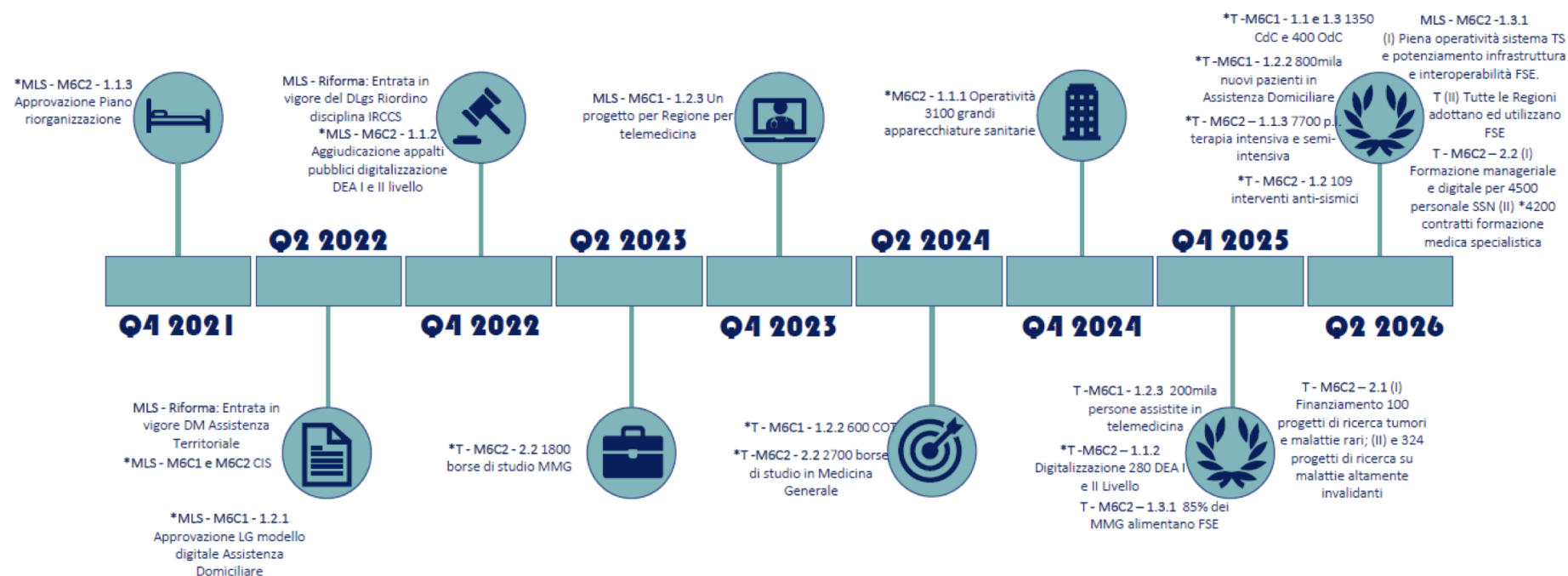
Alcune tappe importanti



Il PNRR e gli obiettivi da conseguire



Sintesi M&T (EU) Missione Salute nel tempo



Per l'anno 2025, salvo eventuali rimodulazioni del PNRR, si prevede il raggiungimento dei seguenti Target di rilievo comunitario volti ad assicurare il rilascio della VIII e della IX rata di finanziamento da parte della Commissione Europea all'Italia:

- TARGET M6C1-9 - Almeno 300.000 persone assistite sfruttando strumenti di telemedicina;
- TARGET M6C2-8 - Digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere (DEA - Dipartimenti di emergenza e accettazione -Livello I e II);
- TARGET M6C2-11 - Almeno l'85% dei medici di base alimenta il Fascicolo Sanitario Elettronico;

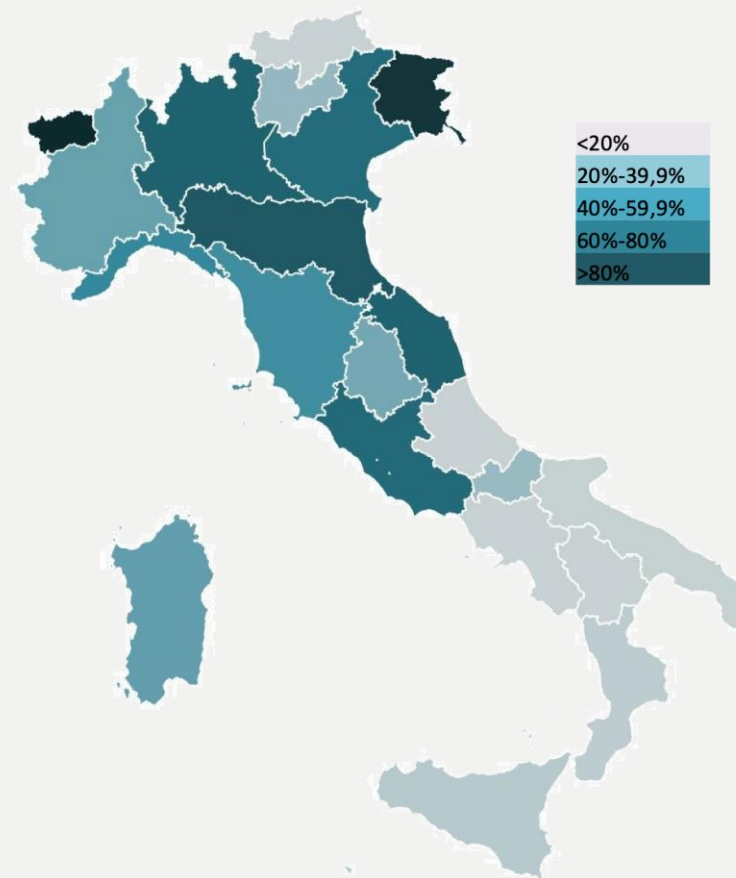
PNRR e implementazione

«Per quanto concerne l'unico obiettivo europeo, conseguito nei tempi, esso attiene alla **costruzione di 480 Centrali Operative Territoriali** da dislocare su tutto il territorio nazionale ...L'obiettivo finale prevedeva, in origine, la costruzione di 600 strutture, che sono state ridotte a 480 (senza previsione di definanziamento) a seguito della revisione complessiva del PNRR italiano, approvata dal Consiglio dell'UE dell'8 dicembre 2023».

«Nel dicembre 2024, inoltre, l'Agenas ha trasmesso al Dipartimento Transizione Digitale un documento volto a fornire informazioni operative uniformi ed omogenee su tutto il territorio nazionale per la compilazione del **Profilo sanitario sintetico** (PSS) da parte dei MMG e PLS e per possibili future evoluzioni»

Fonte: RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PNRR, Corte dei Conti, maggio 2025

Figura 1. Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (Cis ed extra Cis) con almeno un servizio attivo (% rispetto alla programmazione regionale)



Fonte: REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI DEL MONITORAGGIO DM 77/2022 I SEMESTRE 2025, Agenas

PNRR: la riforma del territorio procede + lentamente

Regione / P.A.	Case della Comunità (CdC) programmate	Strutture da programmazione e regionale assimilabili a Case della Comunità con almeno un servizio attivo	Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi eccetto presenza medica e infermieristica	Case della Comunità con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi inclusa presenza medica e infermieristica	Centrali Operative Territoriali previste	Centrali Operative Territoriali pienamente funzionanti e certificate	Ospedali di Comunità previsti	Ospedali di Comunità dichiarati attivi
Abruzzo	42	0	0	0	13	13	15	6
Basilicata	19	0	0	0	6	6	5	0
Calabria	63	2	2	0	21	21	20	0
Campania	191	0	0	0	79	74	61	1
Emilia-Romagna	187	140	32	8	47	47	53	24
Friuli-Venezia Giulia	32	30	0	0	12	12	15	3
Lazio	146	95	7	5	61	61	42	2
Liguria	33	16	6	2	17	17	11	2
Lombardia	204	142	64	12	102	102	64	26
Marche	29	20	4	1	15	15	9	0
Molise	13	2	2	2	3	3	2	2
Piemonte	96	31	5	1	43	43	30	1
PA di Bolzano	10	0	0	0	5	5	3	0
PA di Trento	12	2	1	0	5	5	4	3
Puglia	123	1	1	0	50	50	49	7
Sardegna	80	27	0	0	24	16	34	2
Sicilia	161	9	5	2	50	50	48	4
Toscana	157	70	23	7	39	39	36	17
Umbria	22	6	3	2	9	9	16	7
Valle d'Aosta	4	4	1	1	1	1	2	0
Veneto	99	63	16	3	49	49	73	46
ITALIA	1.723	660	172	46	651	638	592	153

Fonte: REPORT NAZIONALE DI SINTESI DEI RISULTATI DEL MONITORAGGIO DM 77/2022 I SEMESTRE 2025, Agenas

Multiprofessionalità, punto unico di accesso e partecipazione della comunità anelli più deboli

Regione / P.A.	Strutture da programmazione regionale assimilabili a Case della Comunità (CdC) con almeno un servizio attivo	Servizi di cure primarie erogate attraverso équipe multiprofessionali	PUA	Servizi di assistenza domiciliare	Servizi di specialistica ambulatoriale e per le patologie ad elevata prevalenza	Servizi infermieristici	Sistema integrato di prenotazione collegato al cup aziendale	Integrazione con i servizi sociali	Partecipazione della comunità e valorizzazione e della coproduzione	Servizi diagnostici di base*	Continuità assistenziale*	Punto prelievi*
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Basilicata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Calabria	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Campania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emilia-Romagna	140	125	71	123	114	131	119	118	134	90	56	126
Friuli-Venezia Giulia	30	0	23	28	25	27	27	27	20	14	24	23
Lazio	95	26	57	49	87	80	87	63	41	75	56	79
Liguria	16	15	15	15	15	16	16	16	10	15	9	15
Lombardia	142	135	140	137	112	135	122	137	133	112	87	101
Marche	20	15	10	19	17	19	19	19	16	17	19	16
Molise	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Piemonte	31	25	12	20	26	30	26	31	15	19	18	29
PA di Bolzano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA di Trento	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
Puglia	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
Sardegna	27	0	7	15	25	16	21	21	8	22	17	17
Sicilia	9	9	9	9	9	9	9	8	5	9	8	8
Toscana	70	66	56	69	58	69	71	71	38	61	37	66
Umbria	6	5	6	6	6	6	5	6	3	5	5	6
Valle d'Aosta	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	3	4
Veneto	63	44	34	52	51	50	55	51	38	53	48	51
ITALIA	660	476	449	553	556	598	587	578	470	503	394	548

Le cure palliative nella cronicità

Sono 1464 in Italia i punti di erogazione cure palliative domiciliari; 459 sono pubblici.

Regione / P.A.	Copertura servizio UCPDOM	Centrale operativa di coordinamento *	Servizio di consulenza ospedale-territorio di presa in carico iniziale*	Servizio ambulatoriale *	Equipe di cure domiciliare*	Equipe di pronta disponibilità*	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative: attività di consulenza strutturata di cure palliative nelle U.O.*	Percorsi di cure simultanee per i pazienti oncologici*	Percorsi di cure simultanee per i pazienti non oncologici*
Abruzzo	40%	25%	40%	40%	25%	20%	40%	40%	40%
Basilicata	100%	100%	100%	33%	100%	33%	33%	33%	100%
Calabria	36%	7%	29%	7%	36%	21%	14%	29%	14%
Campania	59%	34%	37%	21%	58%	3%	41%	55%	48%
Emilia-Romagna	100%	79%	100%	100%	100%	68%	97%	100%	97%
Friuli-Venezia Giulia	72%	0%	50%	22%	72%	0%	72%	72%	72%
Lazio	76%	67%	76%	28%	76%	74%	59%	76%	46%
Liguria	58%	42%	58%	32%	58%	42%	58%	58%	37%
Lombardia	98%	36%	97%	76%	99%	99%	71%	86%	83%
Marche	92%	69%	92%	62%	92%	46%	62%	92%	85%
Molise	33%	33%	33%	33%	33%	33%	0%	33%	33%
Piemonte	97%	82%	97%	76%	97%	61%	85%	88%	88%
PA di Bolzano	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%
PA di Trento	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
Puglia	82%	49%	42%	16%	82%	51%	36%	71%	44%
Sardegna	54%	4%	42%	29%	54%	8%	42%	50%	33%
Sicilia	27%	26%	18%	13%	27%	26%	16%	27%	22%
Toscana	93%	68%	93%	86%	89%	61%	93%	89%	89%
Umbria	100%	25%	83%	92%	92%	42%	100%	42%	33%
Valle d'Aosta	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Veneto	100%	85%	100%	50%	100%	50%	100%	89%	42%

Il macroprocesso della cronicità



Gli elementi chiave di gestione della cronicità



Gli aspetti trasversali dell'assistenza alla cronicità



La presa in carico è sul territorio, che mostra fragilità

Risultati NSG – Punteggi sottoinsieme CORE Area Distrettuale (ArDis) anni 2020-2023

	ArDis 2023	ArDis 2022	ArDis 2021	ArDis 2020
Piemonte	90	87	84	91
Valle d'Aosta	35	47	49	57
Lombardia	76	95	93	95
P.A. Bolzano	82	77	68	57
P.A. Trento	83	76	79	78
Veneto	96	96	96	98
Friuli Venezia Giulia	81	73	79	80
Liguria	85	87	86	83
Emilia Romagna	89	96	96	95
Toscana	95	96	95	93
Umbria	80	84	74	69
Marche	83	91	89	92
Lazio	68	72	78	80
Abruzzo	45	62	68	77
Molise	73	61	65	67
Campania	72	56	58	57
Puglia	69	70	62	68
Basilicata	52	62	64	63
Calabria	40	35	49	48
Sicilia	44	58	62	62
Sardegna	67	50	49	49

In rosso i valori inferiori a 60 punti (soglia di sufficienza).

L'area distrettuale include: negli anni 2022 e 2020 l'indicatore D03C*, nell'anno 2021 e 2023 l'indicatore D04C°.

*D03C= Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco

°D04C=Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite . E' previsto un sistema di rotazione tra i due indicatori

Fonte: Osservatorio Salutequità su dati NSG Ministero della Salute

Attenzione!

Peggiorano rispetto al 2020:
Lombardia (-19 punti),
Piemonte (-1), Veneto (-2),
Liguria (-2), Emilia Romagna
(-6), Marche (-9), Lazio (-
12), Abruzzo (-32), Basilicata
(-11), Calabria (-8), Sicilia
(-18)

PDTA strumento per la presa in carico. Per molti, ma non per tutti

In Italia sono stati censiti 856 PDTA Regionali approvati dalle Regioni e dalle Province autonome fino al termine del 2023; erano 776 nel 2022
(Fondazione Res-Cineca)

PDTA per Patologie croniche ad elevata prevalenza aa 2022 - 2023		
Area specialistica	n. PDTA regionali approvati 2022	n. PDTA regionali approvati 2023
Oncologia	101	110
Neurologia	58	64
Cardiologia	45	48
Pneumologia	35	37
Patologia	n. PDTA regionali approvati 2022 per patologia cronica	
Diabete	16	
BPCO	15	
Ictus	13	
Neoplasie colon retto	13	
Scompenso cardiaco	13	
Neoplasie mammella	12	
Sclerosi multipla	12	
Demenza	11	
Insufficienza renale cronica	11	
Neoplasie del polmone	10	
Fonte: Salutequità su dati Fondazione ReS/Cineca		

Ci sono diverse patologie croniche, come quelle autoimmuni della pelle (psoriasi, vitiligine, dermatite atopica, idrosadenite suppurativa, etc.) che non hanno alcun PDTA Regionale. Laddove presenti sono aziendali e di carattere ospedaliero universitario.

Buona notizia!
Presso centro clinical governance di ISS sviluppo di buone pratiche clinico assistenziali organizzative sulla psoriasi

L'aderenza alle terapie



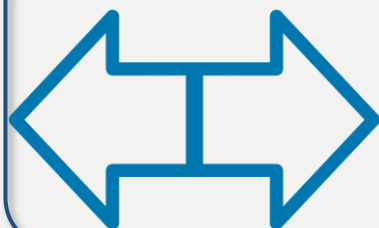
**Alta
aderenza
>=80%**

- farmaci per l'osteoporosi (67,9%)
- farmaci per i disturbi genito-urinari per ipertrofia prostatica benigna (64,8%)
- farmaci antiaggreganti (62,0%).



**Bassa
aderenza
<=40%**

- soggetti con una copertura al trattamento inferiore al 40%
- farmaci per i disturbi ostruttivi delle vie respiratorie (51,0%)
- antidepressivi (27,5%)
- farmaci antidiabetici (23,9%).



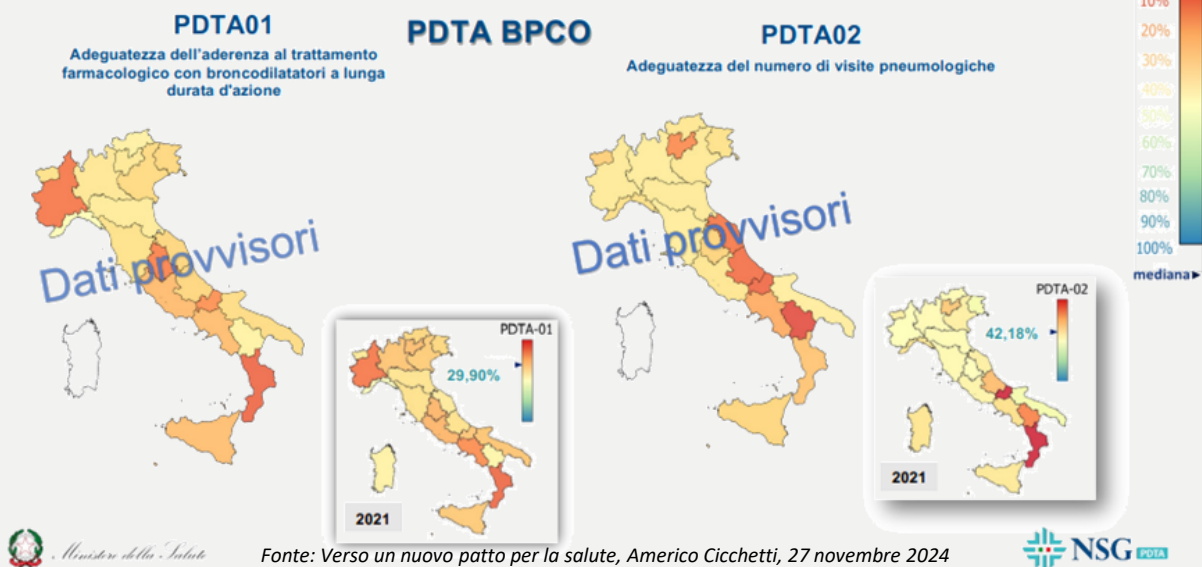
**Persistenza al
trattamento a
12 mesi**

- anticoagulanti (67,0%)
- antiaggreganti (54,2%)
- antipertensivi (53,6%).

NB: Classi di farmaci monitorate su aderenza terapeutica: Farmaci per ipertensione e scompenso cardiaco, Ipolipemizzanti, Antidiabetici, Anticoagulanti, Antiaggreganti, Antidepressivi, Farmaci per ASMA e BPCO, Farmaci per l'osteoporosi, Farmaci per i disturbi genito-urinari (farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna)

PDTA delle patologie del PNC vigente (2/10 monitorate): BPCO

Il calcolo degli indicatori NSG-PDTA con i flussi regionali:
mappe anno 2022 (anteprima)



15 PDTA regionali per la BPCO deliberati (tra 2008 e 2023): Friuli-Venezia Giulia, Puglia, Umbria, Liguria, Toscana, Veneto, Basilicata, Calabria, Lazio, Sicilia, Campania, Marche, Abruzzo, Piemonte e Molise.

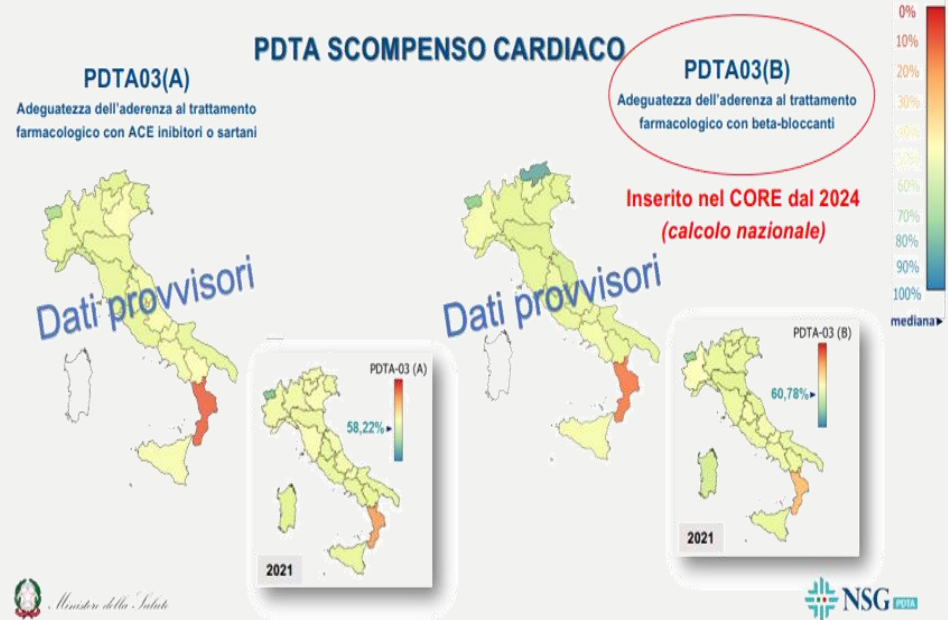
Fonte: Fondazione RES - Cineca

I ricoveri per BPCO nel 2023 sono stati 74.378, con un tasso medio di ospedalizzazione in aumento rispetto al 2022 (1,49 vs 1,26). C'è una marcata **variabilità inter e intra-regionale**. In particolare, restano elevati i livelli di Valle d'Aosta, Emilia-Romagna e Puglia con valori mediani uguali o superiori al 2. Maggiore eterogeneità in Friuli-Venezia Giulia e, analogamente al 2022, in Toscana e in alcune regioni del Sud (Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria).

Fonte: Programma Nazionale Esiti, edizione 2024, Agenas

Scompenso cardiaco

Il calcolo degli indicatori con i flussi regionali: mappe anno 2022



Fonte: Verso un nuovo patto per la salute, Amerigo Cicchetti, 27 novembre 2024

No anticipazioni su “adeguato numero di ecocardiogrammi” che nel 2021 ha avuto valori regionali compresi tra un minimo pari a 4,02% (in Molise) e un massimo di 40,85% (in Friuli-Venezia Giulia) ed un valore mediano pari a 19,35%.

Dal 2024 aderenza a trattamento betabloccanti diventano CORE!

13 i PDTA per SC formalizzati e approvati al livello regionale (al 31/12/2023): Piemonte e Friuli-Venezia Giulia; Emilia-Romagna; Liguria; Lazio; Umbria; Calabria; Basilicata, Toscana, Abruzzo, Campania, Marche e Molise.

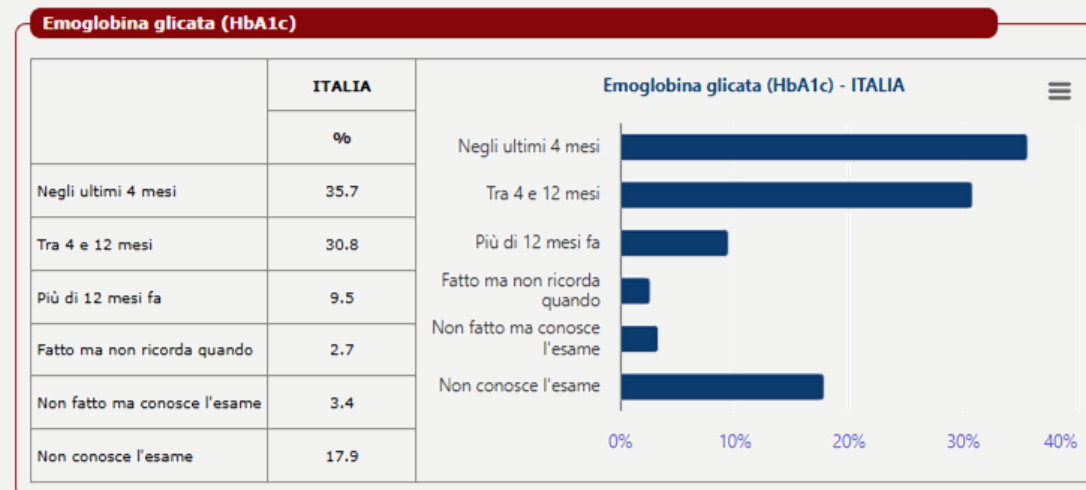
Fonte: Fondazione RES - Cineca

Diabete

Poco meno di un terzo delle persone con diabete riferisce di essere seguito **esclusivamente dal centro diabetologico (32%)**; poco più di uno su quattro solo dal proprio medico di medicina generale (26%) e poco più di un terzo da entrambi (36%).

Quasi il 67% di tutte le persone ha effettuato il **controllo dell'emoglobina glicata nei 12 mesi precedenti l'intervista**, "ma il dato non è molto rassicurante perché, fra quelli che conoscono il significato e l'importanza di questo esame, **solo il 43% riferisce di aver controllato l'emoglobina glicata nei 4 mesi precedenti l'intervista**; peraltro, questo dato è in costante **diminuzione dal 2011 (53%)** e nel periodo pandemico si sono registrati valori sotto il 40%»

Gli annali AMD 2023, confermano l'alert di ISS: solo il 51,3% dei pazienti ha eseguito 2 o più misurazioni di emoglobina glicata nel corso dell'anno. La creatininemia è stata eseguita nel 92,2% e il profilo lipidico almeno una volta l'anno nell'80% dei casi; la microalbuminuria almeno una volta nel 68,1%. **Meno di un terzo dei pazienti ha eseguito l'esame del fundus oculi, utile per monitorare la retinopatia diabetica; ancor meno coloro che hanno eseguito il controllo del piede (16,8%).**



Fonte: Dati sorveglianza Passi 2022-2023

Self management, digital health literacy e scambio informatizzato dati ambulatoriali anelli deboli nell'esperienza dei pazienti

Table 4.2. A snapshot of co-production of health and co-ordination of care for people with chronic conditions in PaRIS countries

	Co-production of health			Co-ordination of care		
	Confidence in managing their own health (CS)	Patient receives enough support to manage their own health	Confidence in using health information from internet (eHEALS)	Experienced co-ordination of care (EC)	Patients treated in practices well-prepared to co-ordinate care	Patients treated in practices that can exchange medical records electronically
	Percentage of patients who are confident (%)	Percentage of patients (%)	Percentage of patients (%)	P3CEQ Co-ordination score (0 to 15)	Percentage of patients ³ (%)	Percentage of patients ³ (%)
OECD PaRIS	58.9	63.2	19.3	8.2	55.6	57.1
Australia	60.6	73.3	30.7	9.6	99.1	98.6
Belgium	63.0	69.4	7.7	8.8	45.4	99.9
Canada	59.3	76.0	26.6	9.3	76.2	81.6
Czechia	67.5	68.0	33.0	9.2	95.1	6.0
France	92.0	61.8	31.1	8.4	27.6	69.2
Greece	37.3	52.7	9.3	7.1	12.1	2.7
Iceland	34.5	52.6	17.3	6.2	0.5	61.0
Luxembourg	55.9	68.2	10.9	8.5	59.3	18.2
Netherlands	77.6	54.4	23.7	7.3	96.5	99.9
Norway	47.2	60.4	15.8	7.6	63.0	99.8
Portugal	61.3	48.9	11.9	7.3	52.7	79.8
Romania	42.5	69.8	6.8	10.3	20.7	5.1
Saudi Arabia	73.2	47.0	18.4	6.5	60.2	27.2
Slovenia	61.2	62.8	11.8	8.2	20.4	4.9
Spain	66.9	63.9	9.2	8.5	60.9	29.9 ⁴
Switzerland	67.1	81.9	18.7	10.3	88.0	54.6
Wales	50.7	42.5	33.5	5.0	82.6	94.0
Italy ¹	24.3	66.5	4.9	9.5	10.7	13.4
United States ²	73.7	71.4	31.6	9.3	NA	NA

1. Data for Italy refer to patients enrolled in outpatient settings for specialist visits in selected regions.

Una buona gestione passa da uno scambio adeguato e sicuro dei dati

Percentage of people with two or more chronic conditions in primary care practices reporting the availability of medical records from previous practice; multiple responses were allowed

Country	Medical records from previous practice are available		
	Without directly requesting them (%)	If requested from the previous practice (%)	If the patient brings them (%)
OECD PaRIS	40	46	34
Australia	61	100	62
Belgium	24	86	27
Canada	19	72	47
Czechia	0	100	17
France	1	18	90
Greece	38	4	21
Iceland	71	35	10
Luxembourg	1	28	93
Netherlands	9	94	5
Norway	15	63	48
Portugal	68	39	23
Romania	10	56	73
Saudi Arabia	67	6	17
Slovenia	27	79	22
Spain	70	22	15
Switzerland	2	63	94
Wales	41	79	9
Italy ¹	12	10	63

Note: Data from a total of 49 579 patients with two or more chronic conditions linked to primary care practices in all PaRIS countries except for the United States, where the provider questionnaire was not applied.

1. Data for Italy refer to patients enrolled in outpatient settings for specialist visits in selected regions.

Source: OECD PaRIS 2024 Database.

Solo tre paesi (Belgio, Paesi Bassi e Norvegia) hanno più del 90% dei pazienti gestiti in ambulatori in grado di scambiare elettronicamente cartelle cliniche con altri ambulatori di cure primarie.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico a supporto della PIC

43%

Meno della metà dei cittadini assistiti (43%) ha espresso il **consenso alla consultazione** dei propri documenti clinici da parte di medici e operatori del SSN e **solo un assistito su 4 usa FSE**

1 su 10

Più di un medico specialista su 10 operante nelle aziende sanitarie pubbliche NON è abilitato alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (87%). Sotto la media nazionale Calabria (41%) Abruzzo (53%), Liguria (66%), Lazio (82%), Basilicata (83%), Campania (86%)

4 REGIONI

La **Cartella clinica (tra i doc disciplinati)** è disponibile nel FSE solo in **4 Regioni**: PA Trento, Veneto, Emilia-Romagna, Calabria. Il **PAI** è presente solo in Lombardia; il **PDTA** solo nel Lazio; il **Bilancio di Salute** in Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta

6 REGIONI

Solo in 6 regioni si può effettuare la Richiesta/variazione esenzione per patologia tramite FSE (Sardegna, Molise, Basilicata, Piemonte, Lombardia, PA Bolzano). La Calabria è l'unica regione che ancora non prevede nel fascicolo la possibilità di scegliere o revocare il MMG

15 REGIONI

Il **Profilo Sanitario Sintetico dell'assistito** è stato avviato alla disponibilità del documento in **15 regioni**. Manca in Campania, Lazio, Toscana, Lombardia, Veneto, PA Trento

Aumenta il numero di assistiti per MMG e ancora 3 su 10 non lavorano in forma associativa

DISTRIBUZIONE DEI MEDICI GENERICI PER CLASSI DI SCELTE E NUMERO SCELTE PER MEDICO GENERICO – ANNO 2023

Medici Generici distinti per classi di scelte															
Regione	Da 1 a 50		Da 51 a 500		Da 501 a 1000		Da 1001 a 1500		Oltre 1500		Totale		di cui Indennità per attività in forma associativa		Numero scelte per medico
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
PIEMONTE	25	0,9	85	3,1	204	7,5	941	34,4	1.477	54,1	2.732	100,0	1.691	61,9	1.377
VALLE D'AOSTA		0,0	3	4,2	3	4,2	22	30,6	44	61,1	72	100,0	48	66,7	1.430
LOMBARDIA	6	0,1	51	1,0	237	4,5	1.078	20,4	3.905	74,0	5.277	100,0	3.821	72,4	1.547
PROV. AUTON. BOLZANO		0,0	4	1,4	13	4,5	85	29,1	190	65,1	292	100,0	161	55,1	1.534
PROV. AUTON. TRENTO	2	0,6	9	2,7	22	6,7	112	33,9	185	56,1	330	100,0	288	87,3	1.415
VENETO	5	0,2	20	0,7	119	4,3	722	26,1	1.898	68,7	2.764	100,0	2.384	86,3	1.524
FRIULI VENEZIA GIULIA		0,0	13	1,8	29	4,1	297	41,7	373	52,4	712	100,0	629	88,3	1.460
LIGURIA	9	0,9	47	4,7	136	13,7	298	30,0	504	50,7	994	100,0	717	72,1	1.314
EMILIA ROMAGNA	13	0,5	60	2,2	183	6,8	878	32,8	1.539	57,6	2.673	100,0	2.313	86,5	1.437
TOSCANA	205	7,3	401	14,3	208	7,4	610	21,7	1.390	49,4	2.814	100,0	1.801	64,0	1.179
UMBRIA	9	1,4	51	8,0	118	18,6	236	37,2	221	34,8	635	100,0	512	80,6	1.188
MARCHE	4	0,4	34	3,6	88	9,3	295	31,2	525	55,5	946	100,0	612	64,7	1.374
LAZIO	88	2,2	296	7,4	568	14,1	1.111	27,6	1.960	48,7	4.023	100,0	3.117	77,5	1.251
ABRUZZO	17	1,8	94	9,9	154	16,2	395	41,6	290	30,5	950	100,0	545	57,4	1.168
MOLISE	5	2,1	38	15,8	52	21,6	94	39,0	52	21,6	241	100,0	47	19,5	1.052
CAMPANIA	28	0,8	161	4,7	288	8,5	921	27,1	1.998	58,8	3.396	100,0	3.201	94,3	1.371
PUGLIA	35	1,2	196	7,0	458	16,3	1.139	40,5	983	35,0	2.811	100,0	2.161	76,9	1.214
BASILICATA	14	3,2	51	11,5	66	14,9	182	41,1	130	29,3	443	100,0	229	51,7	1.089
CALABRIA	17	1,3	94	7,4	215	17,0	467	37,0	470	37,2	1.263	100,0	225	17,8	1.208
SICILIA	87	2,4	391	10,7	731	20,0	1.513	41,4	932	25,5	3.654	100,0	1.870	51,2	1.119
SARDEGNA	2	0,2	25	2,6	83	8,6	269	28,0	582	60,6	961	100,0	254	26,4	1.487
ITALIA	571	1,5	2.124	5,6	3.975	10,5	11.665	30,7	19.648	51,7	37.983	100,0	26.626	70,1	1.335
ASS DIS MED 02															

ASS DIS MED 02

A fronte delle carenze di personale sul territorio, aumentano le farmacie territoriali

Rapporto farmacie/abitanti in Italia (marzo 2024)

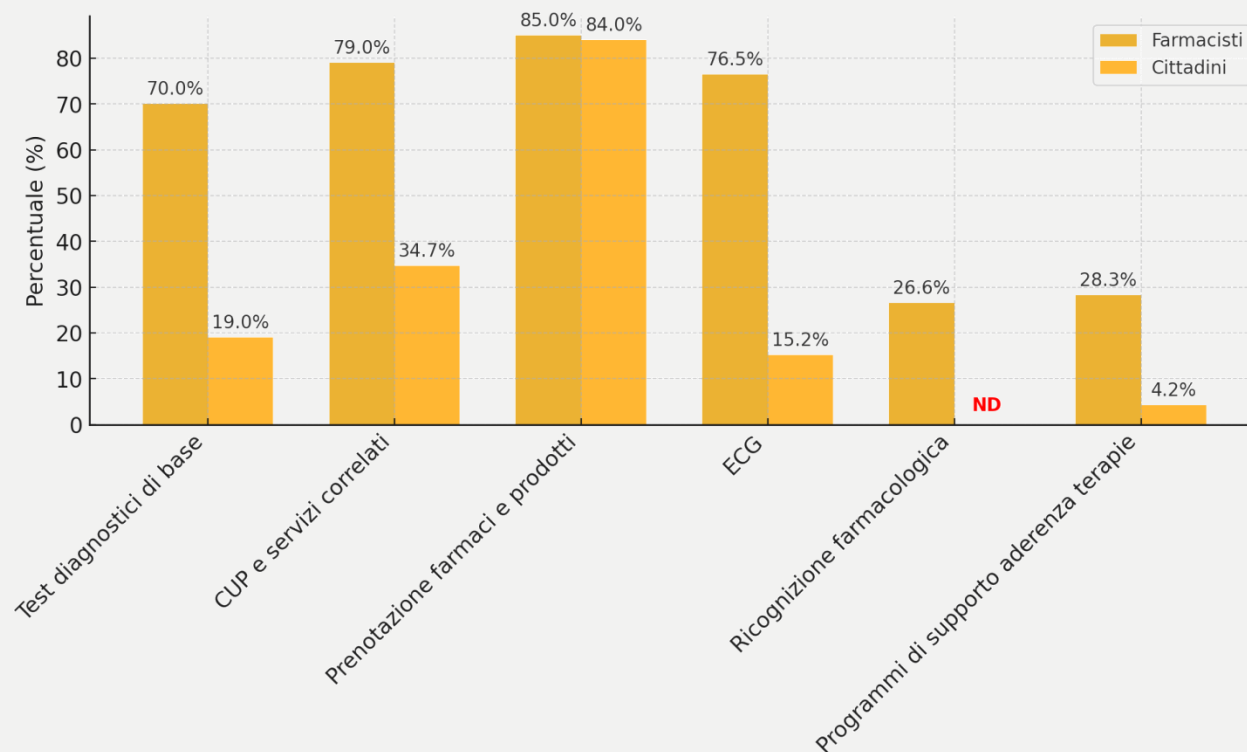
REGIONE	NUMERO FARMACIE			ABITANTI	ABITANTI PER FARMACIA
	COMPLESSIVE	PRIVATE*	PUBBLICHE**		
VALLE D'AOSTA	52	45	7	123.130	2.368
PIEMONTE	1.677	1.568	109	4.251.351	2.535
LIGURIA	619	598	21	1.507.636	2.436
LOMBARDIA	3.229	2.750	479	9.976.509	3.090
VENETO	1.491	1.377	114	4.849.553	3.253
BOLZANO	141	135	6	534.147	3.788
TRENTO	182	155	27	542.996	2.983
FRIULI-V.GIULIA	421	394	27	1.194.248	2.837
EMILIA-ROMAGNA	1.411	1.186	225	4.437.578	3.145
MARCHE	540	465	75	1.484.298	2.749
TOSCANA	1.246	1.014	232	3.661.981	2.939
LAZIO	1.737	1.568	169	5.720.536	3.293
UMBRIA	294	235	59	856.407	2.913
ABRUZZO	556	527	29	1.272.627	2.289
MOLISE	169	167	2	290.636	1.720
CAMPANIA	1.718	1.652	66	5.609.536	3.265
PUGLIA	1.286	1.270	16	3.907.683	3.039
BASILICATA	226	222	4	537.577	2.379
CALABRIA	814	812	2	1.846.610	2.269
SICILIA	1.630	1.616	14	4.814.016	2.953
SARDEGNA	640	634	6	1.578.146	2.466
Totale nazionale	20.079	18.390	1.689	58.997.201	2.938

La Legge di Bilancio 2025 ha prorogato la sperimentazione della “Farmacia dei Servizi” per tutto l’anno 2025.

Entro il 30 settembre 2025, il Comitato paritetico e il Tavolo tecnico avrebbe dovuto valutare gli esiti della sperimentazione, al fine di rendicontare le spese e decidere sull’eventuale stabilizzazione dei nuovi servizi erogati dalle farmacie. Il termine per la rendicontazione è stato prorogato.

NB: La scheda di **rendicontazione** è **prevalentemente prestazionale** e non legata agli esiti (c’è un solo campo per le Regioni e di carattere descrittivo).

Alcuni primi riscontri della farmacia dei servizi



*I test diagnostici di base prevalenti sono Glicemia, Trigliceridi e Colesterolo (valori superiori al 70%)

Il personale del territorio resta la sfida

Figura 5: definizione fabbisogno per IFoC, fonte atti regionali e provinciali



■ Regioni che hanno definito il fabbisogno, fonte atti regionali e provinciali

Standard DM77: 1 infermiere/3000 abitanti.
Differenze nel calcolo del fabbisogno.

- **Lombardia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto:** identificato fabbisogno totale. Toscana progressività nell'attuazione entro il 2026.
- **Puglia** si rifà a DM successivi.
- **Emilia-Romagna:** fabbisogno rappresenta criticità. Tempi stimati piena implementazione 4 - 5 anni.
- **Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche, Molise e Piemonte:** non definiti numeri del fabbisogno.
- **PA Bolzano:** mappatura dei servizi per stima.
- **Trentino-Alto Adige:** fase reclutamento per far fronte alla domanda.

Sull'aggiornamento del Piano nazionale cronicità

- È un aggiornamento che integra il testo precedente: la lettura risulta complessa e richiede integrazione di «due tomi»
- Manca un cronoprogramma e indicatori soglia di conseguimento degli obiettivi
- La cabina di Regia, insediata a marzo 2022, che ha un ruolo importante per dare ritmo e verificare l'attuazione non si riunisce da un anno ed è «decaduta». E' lei che predispone una Relazione annuale sugli esiti delle attività di monitoraggio, da trasmettere, entro il 31 dicembre di ogni anno, al Ministro della salute. La Relazione ad oggi non è mai stata resa pubblica.
- Non è chiara la temporalità degli aggiornamenti periodici delle schede di patologia e come saranno oggetto di «accordo»

Le patologie croniche costituiscono uno dei più rilevanti problemi di salute pubblica a livello globale, nazionale e locale, per il loro impatto rilevante sulla mortalità¹, ma anche sull'insorgenza della disabilità e il peggioramento della qualità della vita degli individui e spesso dei loro conviventi. Si segnala, pertanto, l'opportunità di procedere ad aggiornamenti periodici delle schede contenute nella seconda parte del piano, che tengano conto della situazione epidemiologica, della condizione di salute generale dei soggetti con patologie croniche, dei bisogni emergenti ai quali rispondere con una presa in carico e continuità delle cure e quindi con una gestione sinergica e integrata attraverso il raccordo continuo tra più professionisti del servizio sanitario nazionale al fine di garantire l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare.

Alcuni highlight

Non c'è il polso della situazione di come stia andando l'assistenza ai malati cronici

Mentre implementiamo il PNRR peggiorano i dati sull'assistenza territoriale dal monitoraggio LEA

Abbiamo prodotto molti documenti, manuali, banche dati, etc. ma non misuriamo gli effetti e gli esiti del territorio (se non indirettamente)

I PDTA, per produrre effetti, dovrebbero essere messi a monitoraggio e gli esiti esser resi pubblici a beneficio di tutti, compresi professionisti sanitari e pazienti/familiari. Anche paziente e caregiver dovrebbero averne contezza

L'approccio sul territorio si mostra di carattere prestazionale e non di Presa in Carico, come mostrano ad esempio i dati sull'ADI

La presa in carico sul territorio è poco «attrattiva» e «redditizia» nella prospettiva delle istituzioni sanitarie: le remunerazione per prestazione, anziché di percorso può generare effetti distorsivi in termini di efficacia, efficienza e uso razionale delle risorse

Abbiamo poca fiducia ed investiamo poco nel rafforzamento e valorizzazione delle competenze (che non è delega) del paziente e della comunità

Proposte di Policy

PASSAGGIO DALL'APPROCCIO PRESTAZIONALE AL PERCORSO, ANCHE NELLA REMUNERAZIONE COME AVVENUTO IN OSPEDALE

RAFFORZAMENTO DEL SISTEMA DI MISURAZIONE DEL TERRITORIO E DELLA CAPACITÀ DI PRESA IN CARICO DELLA CRONICITÀ ANCHE RISPETTO AGLI ESITI E UTILIZZARE LE SPERIMENTAZIONI/INNOVAZIONI PER COLMARE BISOGNI INSODDISFATTI O MIGLIORARE GLI ESITI

RICOSTITUIRE LA CABINA DI REGIA DEL PIANO NAZIONALE CRONICITÀ, RENDENDO PUBBLICI I LAVORI E LA RELAZIONE ANNUALE AL MINISTRO SULL'ANDAMENTO DELLA CRONICITÀ E DEFINENDO GLI OBIETTIVI CONCRETI E MISURATI/MISURABILI DELL'IMPLEMENTAZIONE DEL PNC

ASSICURARE L'AGGIORNAMENTO COSTANTE DEL PNC, CHIARENDI GLI ASPETTI POCO CHIARI DELLE PATOLOGIE DA INCLUDERE

SALUTE  **QUITÀ**®

 **QUITY** **group**

CRONICITÀ

SALUTE EQUITÀ[®]

Con il contributo non condizionato di

sanofi



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**