

PHSSR NCDs Policy Roadmap Country Activation

25 Novembre 2025



Objectives of this session:

- **Provide project overview**
- **Present key findings**
- **Discuss key findings**
- **Align on next steps**

Agenda item

Timings

PHSSR Acting Early on NCDs Framework

25 minutes

- Project overview
- Presentation of key findings

NCDs Framework: Feedback and Discussion

30 minutes

- Tavola rotonda
- Q&A

Next steps and AOB

5 minutes

What is PHSSR?

Partnership for Health System Sustainability and Resilience

A non-profit, global collaboration between academic, non-governmental, life sciences, healthcare and business organisations with a unified goal to improve global health by building more sustainable and resilient health systems for the future.

Our mission

The PHSSR is committed to collaborating across sectors and borders to build more resilient and more sustainable health systems for the future. Our mission is to support this goal, by providing tools and resources for research, a focal point for collaboration and knowledge exchange within and between countries, and a platform to disseminate and catalyse the adoption of breakthrough insights. The PHSSR and its member organisations seek to work with local academics, governments, policymakers and other stakeholders to:

Build knowledge and understanding of the dimensions of, and the relationship between, health system sustainability and resilience, so that these concepts can be understood in different country contexts, enabling identification of strengths, weaknesses, opportunities and threats.

Guide action by generating independent evidence-informed solutions and policy recommendations to improve sustainability and resilience, promoting their uptake and supporting pilot implementations.

Facilitate global, multi-sector collaboration and partnership to collectively facilitate policy implementation that accelerates improvement and strengthening of health systems, by enabling international knowledge exchange and collaboration with health system stakeholders.



For more insights on the Italian health system during COVID-19, and its reform opportunities moving forward, visit the official PHSSR report:

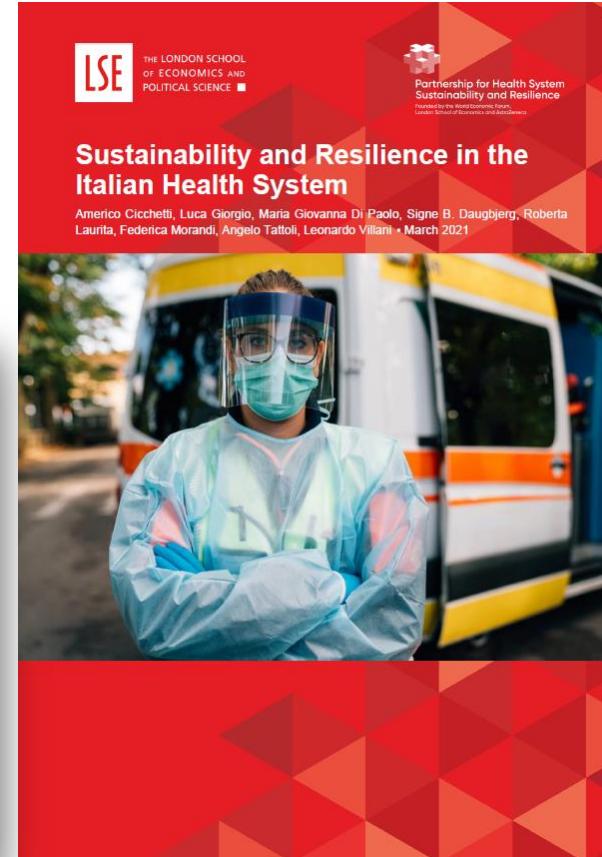
“Sustainability and Resilience in the Italian Health System”

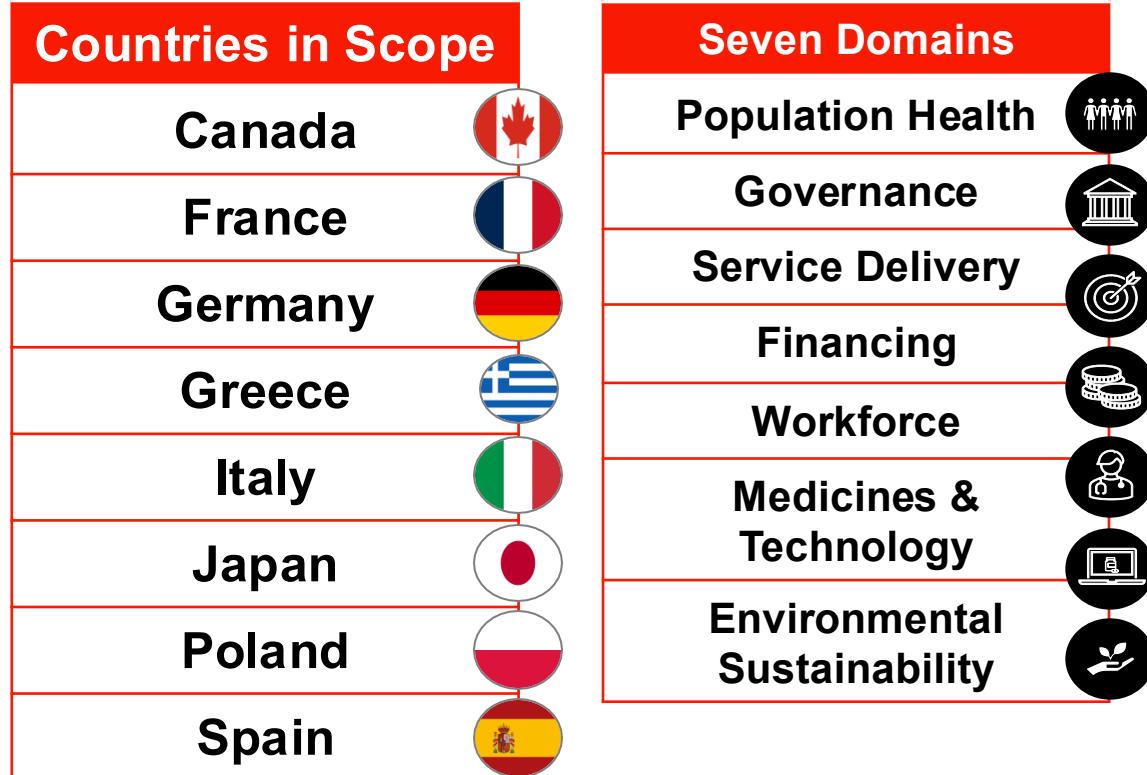
Available for download at the following location:
<https://www.weforum.org/phssr/outputs>

Partnership for Health System Sustainability & Resilience
UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore
ALTEMS
ALTA SCUOLA DI ECONOMIA E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI
Scientific Coordinator: Prof Americo Cicchetti
Project Manager: Luca Giorgio
Research Team: Americo Cicchetti, Luca Giorgio, Maria Giovanna Di Paolo, Signe B. Daugbjerg, Roberta Laurita, Federica Morandi, Angelo Tattoli, Leonardo Villani
Acknowledgements
We wish to acknowledge Prof. Gianfranco Damiani, Dott. Carlo Favaretti, Prof. Eugenio Anessi Pessina, Prof. Rocco Reina and Dott. Andrea Silenzi for their external review.
We also wish to acknowledge Dott. Stefano Lorusso, Head of the Technical Secretariat of the Minister of Health, Dott. Domenico Mantoan, General Director of National Agency for Regional Healthcare Services (AGENAS) and Prof Walter Ricciardi, Scientific Advisor to the Minister of Health for the COVID - 19 pandemic, for their validation of findings and their comments on the recommendations.

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20 Years
2006-2025





- Analysis of **strengths, weaknesses, opportunities and challenges** in acting early
- Clear, country-specific, **evidence-informed recommendations**
- Significant opportunity for **cross-country learning**

What is PHSSR?

- **The scope of the report should only encompass those elements that fall within the remit of the health system.**
- Policy roadmap (~ 15,000 words) is an analysis of the strengths and weaknesses of the current health system and key policy recommendations for acting early on NCDs.
- The report should include an executive summary (~1,500 words). It may also include pullout boxes presenting brief case studies (up to ~ 500 words) of initiatives that have enhanced early interventions on NCDs.
- At the end of each chapter, provide:
 - 3-5 key messages.
 - Up to 5 recommendations.
 - Up to 5 indicators for which data is lacking
 - Up to 5 indicators to provide a summary measure of performance improvement.

Research Methodology

- **Literature review** of publicly available sources of evidence guided by the framework questions and development of the initial draft of the report.
- **Round table** with minimum 15 participants
 - Stakeholders should be key experts from leading public and private institutions with expertise across the disease areas in scope.
 - Discussion should be informed by the result of the survey and divided in two parts:
 - Focus on main challenges in each domain
 - Focus on policy solutions to the challenges identified
- Incorporate outputs from roundtable session in the final draft of the report.

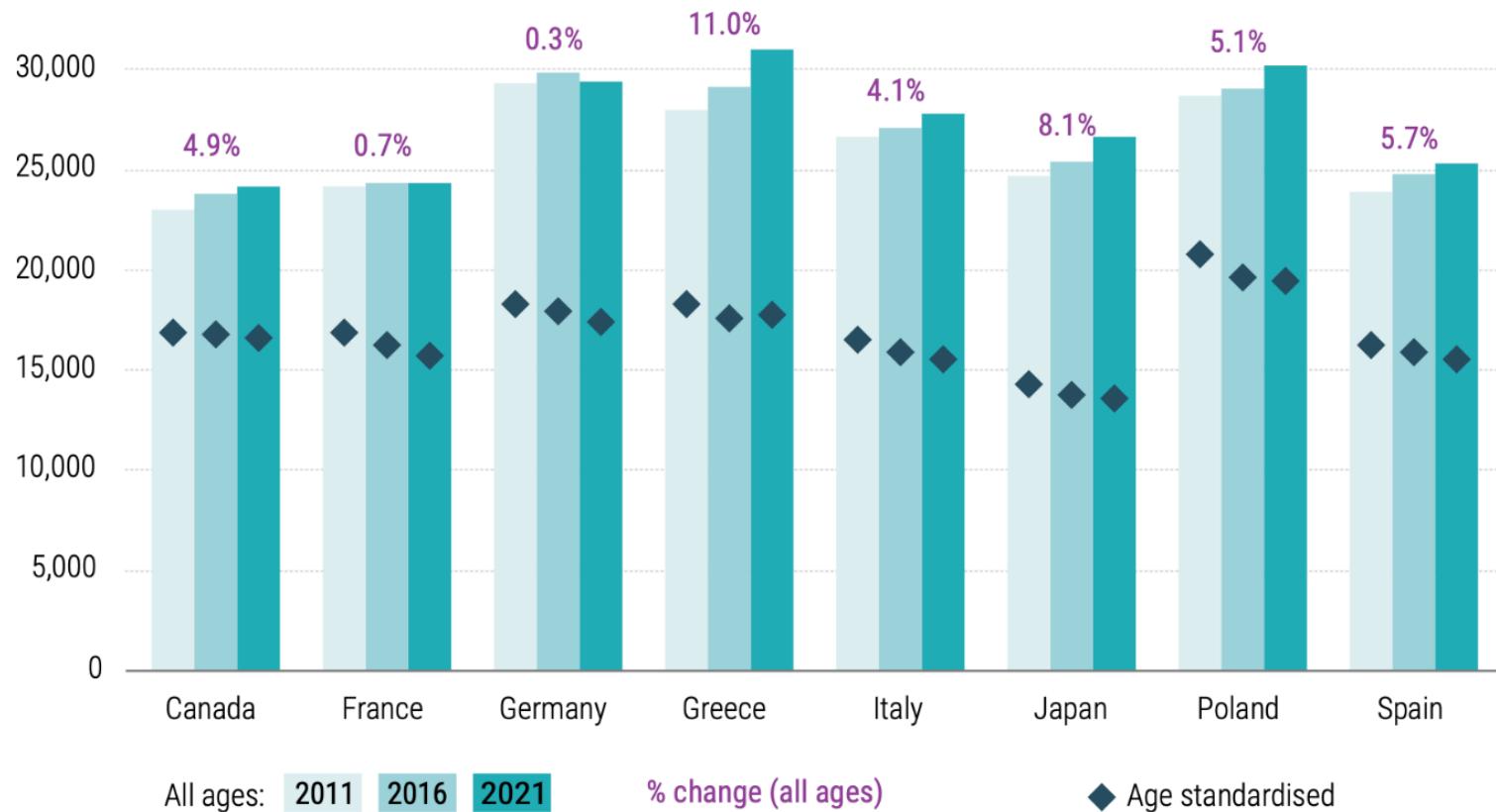
25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025

Acting early on Non-comunicable diseases The Italian report

#ForumRisk20

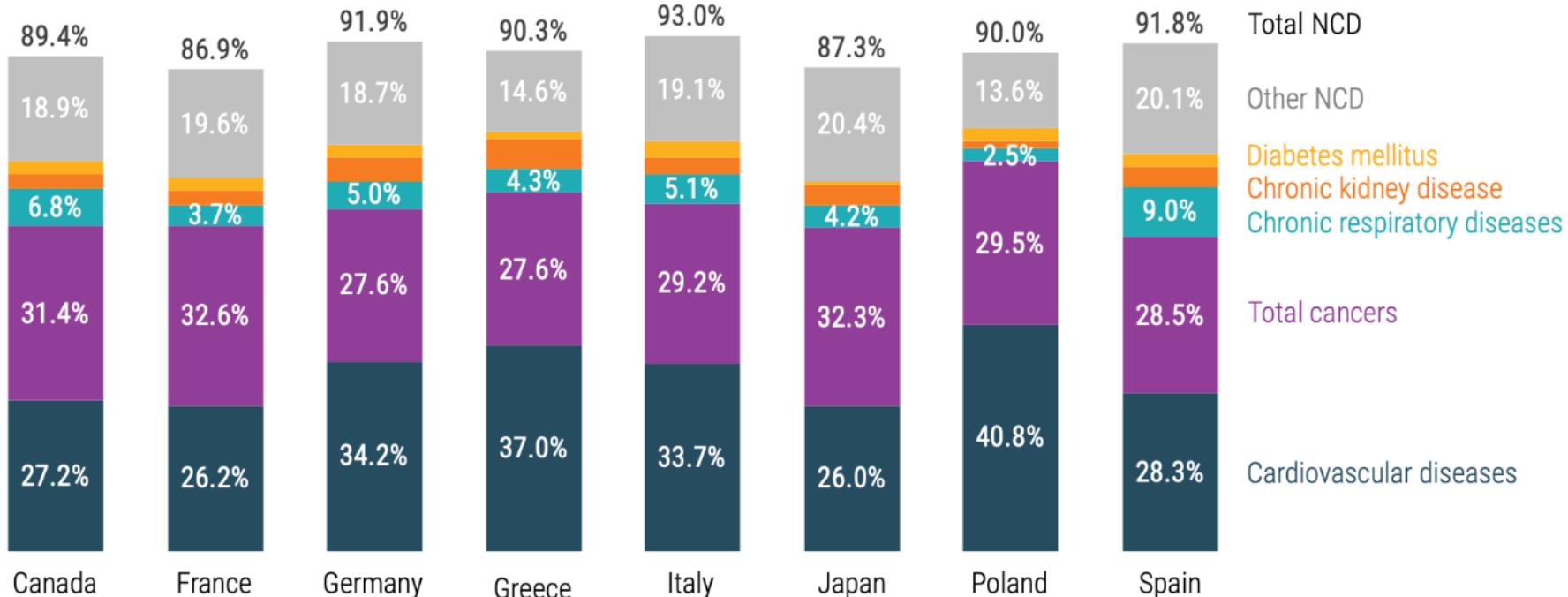
Population health Burden of disease



Source: IHME, 2023.

#ForumRisk20

Population health % of NCDs mortality

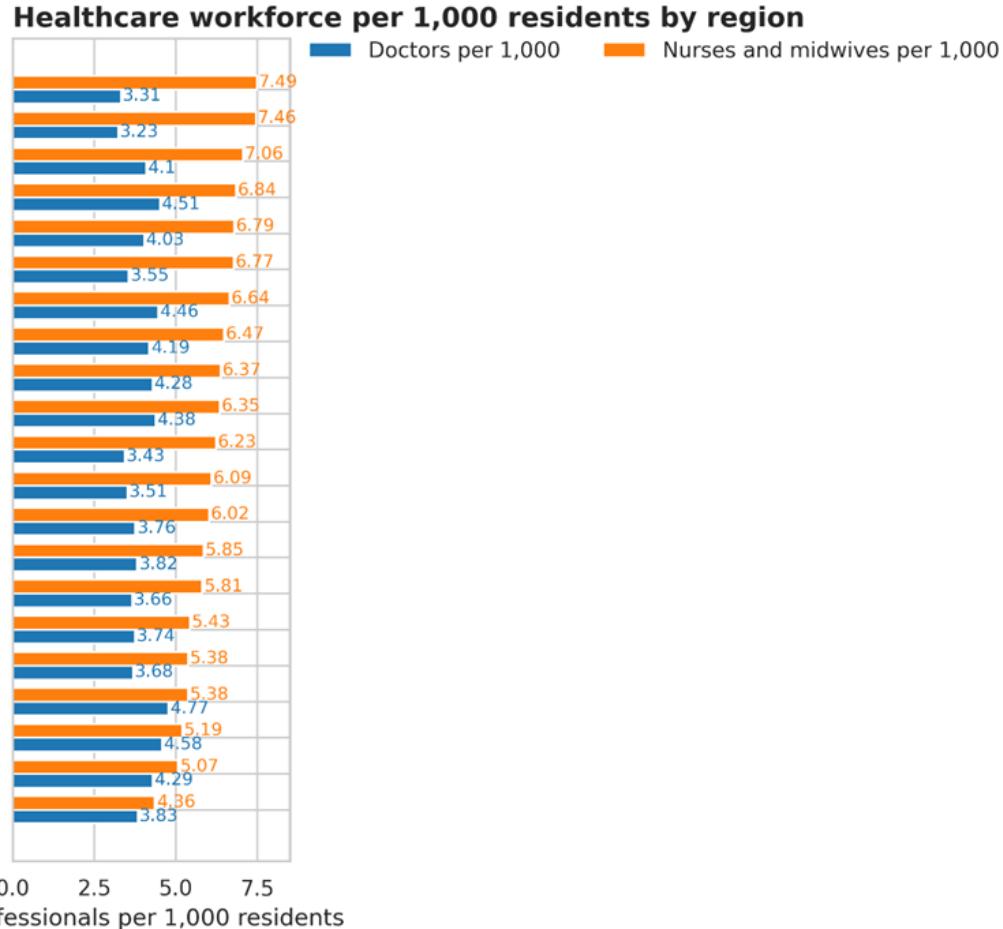


Source: WHO, 2025a.

Governance

- **Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP, 2020–2025):** definisce le azioni strategiche per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, con un'attenzione all'equità, alla collaborazione multisettoriale e alla modifica dei comportamenti. Promuove la formazione interprofessionale e sostiene lo sviluppo di nuove figure professionali, come gli infermieri di famiglia e di comunità, per garantire servizi territoriali proattivi.
- **Il Piano Nazionale della Cronicità:** si concentra sulla gestione integrata delle condizioni croniche attraverso percorsi di cura coerenti e lo sviluppo professionale, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze e rafforzare la continuità assistenziale.
- **Decreto Ministeriale 77/2022 (DM77):** istituisce un nuovo modello di assistenza territoriale, rafforzando le cure primarie e comunitarie e ponendo i medici di medicina generale al centro dei sistemi sanitari locali. In questo quadro, le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità offrono servizi integrati, con particolare attenzione alle aree meno servite. Il decreto promuove inoltre la telemedicina per migliorare l'accesso e la continuità dell'assistenza.
- **Missione 6 del PNRR:** investe nel rafforzamento della forza lavoro sanitaria, includendo oltre 100 milioni di euro per la formazione dei medici di medicina generale, insieme a riforme che consentono ai medici in formazione di entrare in servizio in anticipo (Decreto Legislativo 34/2020).

Workforce



- **Dimensione e composizione della forza lavoro:** 4,1 medici e 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti (al di sopra della media UE per i medici, ma nettamente al di sotto per gli infermieri; OECD *Health at a Glance* 2023; Rapporto OASI, 2024).
- **Invecchiamento e ricambio della forza lavoro:** oltre il 50% dei medici di medicina generale ha 55 anni o più, con un ingresso limitato di nuove leve; l'emigrazione giovanile (191.000 italiani nel 2024) incide ulteriormente sull'offerta futura (FNOMCeO, 2024; ISTAT, 2025).
- **Disparità regionali e desertificazione sanitaria:** le carenze risultano più gravi nelle aree meridionali e rurali, riducendo l'accesso alle attività di prevenzione e la continuità assistenziale (CREA Sanità, 2023; Barberini, 2024).
- **Formazione e nuovi ruoli professionali:** assenza di una formazione sistematica specifica sulle NCD; adozione disomogenea degli infermieri di famiglia e di comunità introdotti dal DM77 (Rapporto OASI, 2024; Ministero della Salute, 2022).

Workforce

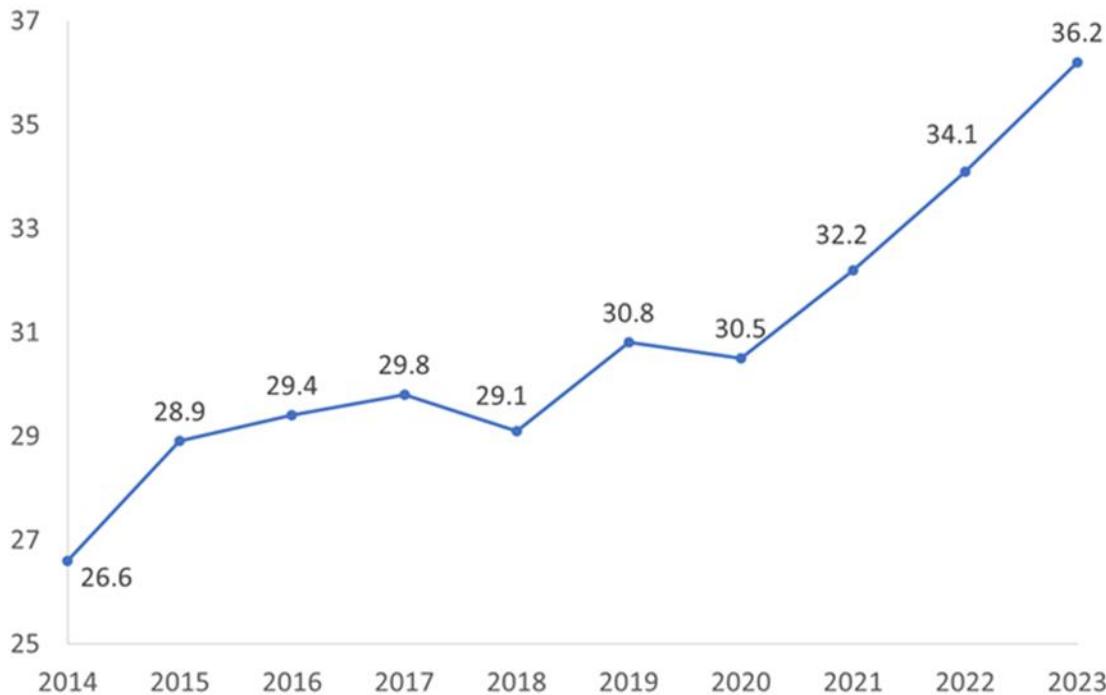
La sfida non riguarda semplicemente l'insufficienza numerica dei professionisti sanitari, ma anche un disallineamento sistematico tra distribuzione della forza lavoro, mix di competenze e il crescente carico delle NCD che richiedono attività coordinate di prevenzione sul territorio e una gestione strutturata della cronicità.

- I piani nazionali non includono né proiezioni dettagliate del **fabbisogno futuro** di personale sanitario né la definizione dei numeri necessari per disciplina.
- La formazione per la prevenzione delle NCD, la gestione della multi-morbidità e la sanità digitale risulta frammentata, spesso affidata alle università o società scientifiche, mentre il coordinamento con il SSN rimane limitato(Rapporto OASI, 2024; CREA Sanità, 2023). Questo divario formativo rischia di aggravare le carenze lasciando la forza lavoro esistente priva delle **competenze necessarie** per attuare i nuovi modelli di cura.
- Questa carenza di **pianificazione strategica** rischia di compromettere riforme come il DM77 e la Missione 6 del PNRR, che dipendono da team multidisciplinari con competenze digitali per erogare modelli integrati di assistenza.

Workforce

- **Implementare una strategia nazionale per il reclutamento e mantenimento della forza lavoro sanitaria:** progettare e adottare una strategia coordinata per attrarre e trattenere i professionisti sanitari, con particolare attenzione a figure chiave come i case manager e gli infermieri di famiglia, essenziali per garantire la continuità dell'assistenza.
- **Rafforzare e modernizzare la forza lavoro sanitaria per un'assistenza sostenibile alle NCD:** in linea con il DM77, promuovere modelli di cura territoriale basati su team multidisciplinari operanti nelle Case della Comunità. Riconoscere i ruoli emergenti, come gli infermieri di famiglia e di comunità. Migliorare le condizioni di lavoro e ridurre gli oneri amministrativi.
- **Potenziare la formazione multidisciplinare e rafforzare la collaborazione tra mondo accademico e SSN:** promuovere lo sviluppo di programmi formativi moderni e interdisciplinari per i professionisti sanitari, consolidando le collaborazioni tra università e SSN.
- **Modernizzare il ruolo dei medici di medicina generale e rafforzare l'analisi strategica della forza lavoro sanitaria**

Medicines and technology



- Nel 2023, la spesa farmaceutica pubblica in Italia ha raggiunto i 36,2 miliardi di euro (figura), rappresentando il 68,7% della spesa farmaceutica totale e il **19,0% della spesa sanitaria pubblica complessiva**, a conferma di un andamento in costante crescita (AIFA – L'uso dei farmaci in Italia, 2024).
- L'aumento riflette in parte l'introduzione e la più ampia diffusione di terapie innovative ad alto costo, in particolare in oncologia, dove la spesa pubblica ha raggiunto **4,77 miliardi di euro (+9,6% rispetto al 2022)**.
- Seguono i farmaci cardiovascolari, con **3,56 miliardi di euro (pari al 13,7% della spesa farmaceutica pubblica totale)**, mentre i farmaci per l'apparato gastrointestinale e il metabolismo si collocano al terzo posto, per un totale di circa 3,32 miliardi di euro.

Figure: Pharmaceutical expenditure 2014 - 2023 (billion euros) (AIFA, 2025)

Medicines and technology

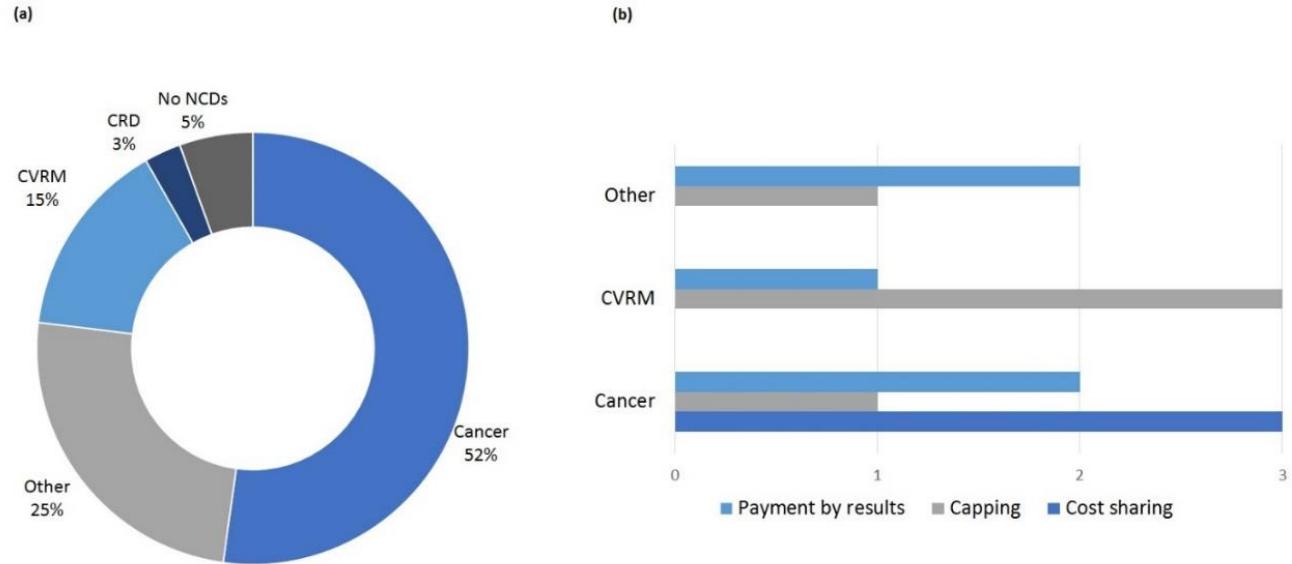
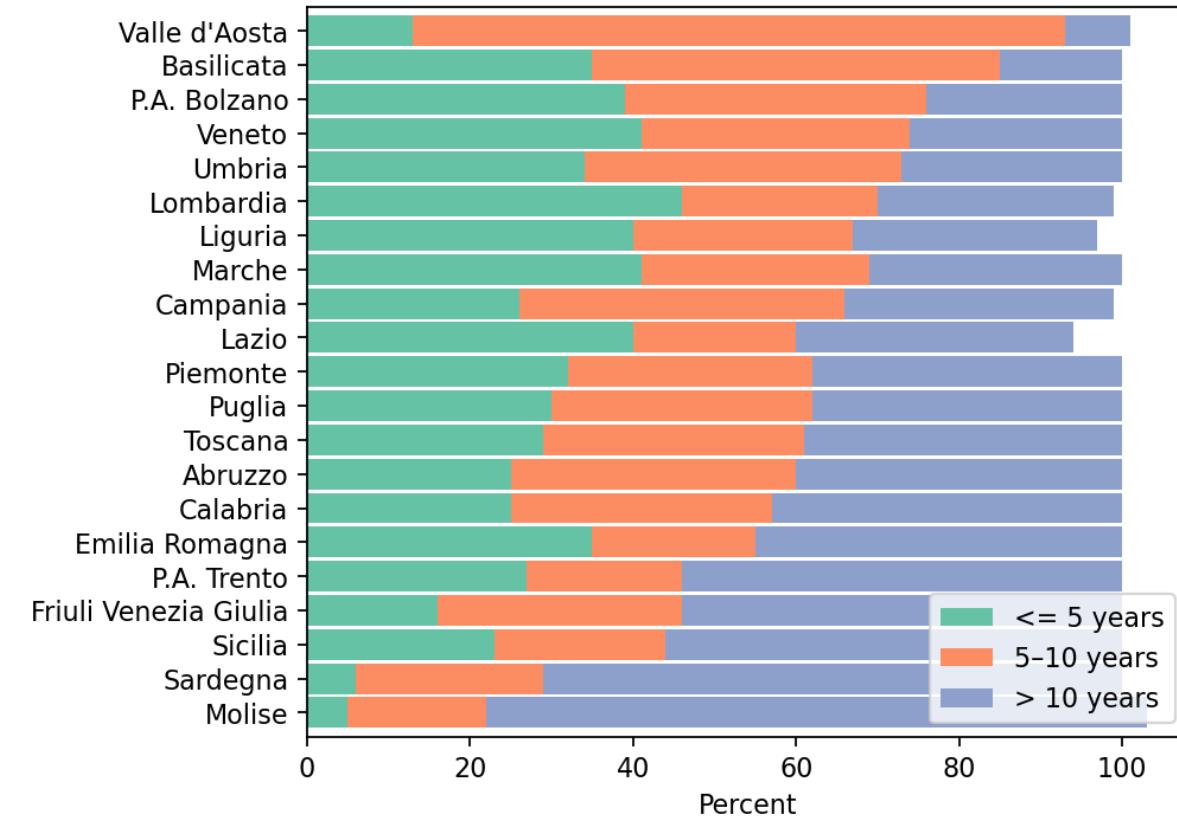


Figure (a): Drugs undergoing monitoring (AIFA, updated February 2025) – **(b):** Active MEAs for NCD (AIFA, 2025).

- L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha recentemente riorganizzato le proprie funzioni regolatorie istituendo il nuovo Comitato Scientifico ed Economico del Farmaco (CSE), operativo da marzo 2024. Questa riforma ha dimezzato i **tempi medi di rimborsabilità dei nuovi farmaci**—da 262 a 136 giorni nei primi mesi di attività—accorpando le funzioni del precedente Comitato Scientifico-Tecnico e del Comitato Prezzi e Rimborso (AIFA, 2025).
- I farmaci innovativi possono accedere al Fondo per i farmaci oncologici e non oncologici innovativi, con un periodo di rimborsabilità garantito fino a 36 mesi, soggetto a rivalutazione (Legge 232/2016). **All'inizio del 2025, 35 dei 37 prodotti (per 47 indicazioni) classificati come innovativi riguardavano le malattie non trasmissibili**, riflettendo una chiara coerenza tra le scelte di policy e il peso epidemiologico (AIFA, 2025).
- Per governare l'accesso a trattamenti ad alto costo o elevata complessità, AIFA utilizza strumenti quali i Managed Entry Agreements (MEA), i registri di monitoraggio web-based e i piani terapeutici.
- Nell'area delle NCD, **165 farmaci sono monitorati su 310 indicazioni** (figura a), con 11 attualmente soggetti a MEA. Si tratta di leve essenziali per presidiare l'incertezza, contenere la spesa e garantire un accesso equo. Tuttavia, la vera sfida consiste nel tradurre questi meccanismi nazionali in un recepimento regionale omogeneo: un'implementazione disallineata rischia infatti di ampliare le differenze territoriali negli esiti delle NCD (Rapporto OASI, 2024; CREA Sanità, 2025).

Medicines and technology

Duration composition by region



- Rispetto agli altri Paesi dell'UE, l'Italia dispone di apparecchiature diagnostiche con un'età media più elevata: a livello europeo, le grandi tecnologie medicali hanno in media 6–7 anni e solo un quarto degli apparecchi supera i 10 anni (COCIR, 2023; OECD, 2024).
- L'età media delle grandi apparecchiature medicali è di 9,1 anni, ma il 37,3% dei dispositivi supera i 10 anni (Figura). In particolare:
 - il 74% delle gamma camere,
 - il 45% degli acceleratori lineari,
 - il 44% delle risonanze magnetiche,
 - il 41% degli angiografi e
 - il 38% dei sistemi TAC/PET hanno più di un decennio (Fortino et al., 2024)
- Per colmare questo divario tecnologico, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) italiano ha stanziato 1,18 miliardi di euro per sostituire le apparecchiature medicali obsolete entro il 2026.
- Il finanziamento supporterà l'acquisizione di oltre 3.100 dispositivi ad alta tecnologia, tra cui 340 tomografi computerizzati (TC), 190 apparecchi di risonanza magnetica (RM) e 34 tomografi a emissione di positroni (PET) (PNRR – Missione 6, Grandi Apparecchiature, 2024).

Medicines and technology

- Rafforzare la governance nazionale sull'innovazione digitale e tecnologica, adottando strumenti di pianificazione strategica e valutazione (HTA) che garantiscano l'allineamento con le priorità del sistema sanitario, inclusi i bisogni dei pazienti con NCD.
- Promuovere lo sviluppo di un quadro nazionale di rimborso per le tecnologie di sanità digitale, al fine di garantire un accesso equo e sostenibile in tutte le regioni.
- Monitorare e valutare l'impatto delle riforme in ambito tecnologico-sanitario, inclusi gli investimenti del PNRR e i recenti cambiamenti istituzionali come la riorganizzazione dell'AIFA, adottando l'HTA per garantire trasparenza, efficacia e coerenza con gli obiettivi di lungo periodo del sistema sanitario.

Health service delivery

- Come descritto nel Dominio 2, il Decreto Ministeriale 77/2022 (DM77) definisce il quadro di governance per i servizi sanitari territoriali. Sul piano dell'erogazione, il DM77 si traduce nell'istituzione delle Case della Comunità come punti di accesso unici per i cittadini, nello sviluppo di servizi infermieristici domiciliari e di comunità a supporto delle persone fragili e anziane, e negli Ospedali di Comunità come strutture di cure intermedie per pazienti che necessitano di supervisione clinica senza richiedere un ricovero ospedaliero completo. La sanità digitale e gli strumenti di telemedicina rivestono un ruolo centrale, consentendo consulti a distanza e percorsi assistenziali più integrati.
- L'implementazione dei percorsi di cura per le malattie croniche presenta ampie variazioni, e le regioni del Sud affrontano maggiori difficoltà rispetto a quelle del Nord (AGENAS, 2024; CREA Sanità, 2023). Questi fattori ostacolano l'accesso tempestivo alla diagnostica e ai trattamenti per molti cittadini e influiscono sulla capacità del sistema sanitario di garantire percorsi di cura ben integrati. Un numero crescente di persone provenienti dal Sud si rivolge a strutture specialistiche del Nord a causa di carenze strutturali e organizzative dei sistemi sanitari locali (ISS, 2025), un fenomeno che riflette non solo limitazioni nella capacità erogativa, ma anche la percezione di una qualità assistenziale inferiore nelle regioni meridionali.

Solo tre regioni hanno attivato percorsi clinici per tutti e dieci i principali tipi di tumore; i percorsi per il CA mammario sono i più diffusi, mentre quelli per il CA della cervice uterina e per l'oncologia pediatrica risultano meno implementati (AGENAS, 2023).

Per NCDs diverse dal cancro, si osserva una relativa scarsità di linee guida e l'assenza di programmi di screening obbligatori a livello centrale.

- I dati sulla frequenza degli aggiornamenti e sul grado di applicazione clinica rimangono limitati.
- Le raccomandazioni delle società scientifiche non vengono integrate in modo sistematico nel sistema ufficiale.

Queste criticità riflettono fattori sistemici più ampi:

1. disparità di finanziamento legate alla capacità fiscale regionale,
2. carenze strutturali di personale sanitario (in particolare in oncologia e nell'infermieristica specialistica),
3. investimenti disomogenei nelle infrastrutture informatiche e
4. una capacità di governance variabile nel tradurre le linee guida nazionali nella pratica locale.

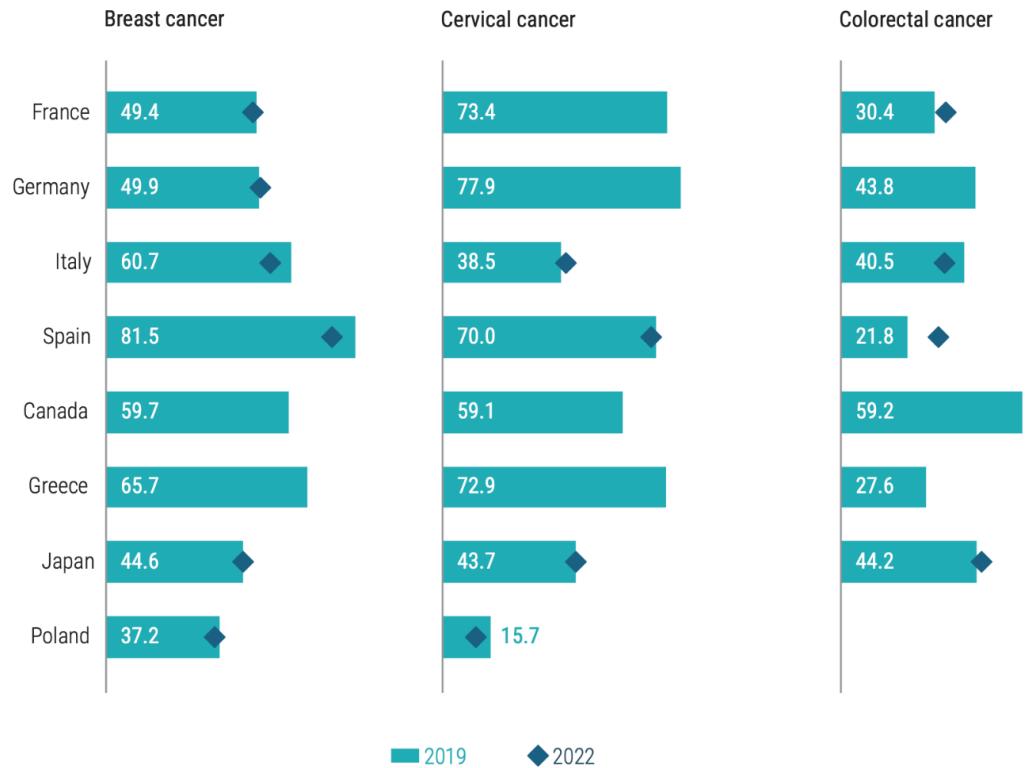
Interessante notare che i dati di attivazione mostrano anche eccezioni al tradizionale divario Nord-Sud: regioni come Campania e Puglia hanno compiuto progressi significativi nella formalizzazione dei percorsi oncologici, riflettendo in parte una forte leadership regionale e investimenti mirati, sebbene la qualità dell'implementazione e i risultati rimangano eterogenei (AGENAS, 2023; ISS, 2022).

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2006-2025



Health service delivery



- Preparazione dei programmi di screening: in molte regioni mancano procedure dedicate ai gruppi ad alto rischio e l'integrazione automatizzata nei percorsi di cura è assente o sviluppata solo in modo parziale. **Solo circa la metà delle regioni dichiara di aver raggiunto la piena operatività (ONS, 2023).**
- Tempi di attesa per la diagnostica: in alcune aree i tempi per una RM superano spesso i 100 giorni; persistono inoltre disparità regionali nell'accesso a TC ed ecografie.
- Monitoraggi recenti evidenziano che i tempi di attesa per le prime visite specialistiche restano una criticità: **nel 2023, solo il 54% delle visite è stato effettuato entro i tempi previsti per la classe "differibile" (30 gg), con livelli di adempimento particolarmente bassi in diverse regioni del Centro e del Sud, tra cui Lazio, Campania, Calabria e Sicilia (AGENAS, 2023; Corte dei Conti, 2023)**

Notes: Breast cancer screening in past two years among women aged 50–69; Cervical cancer screening in past three years among women aged 20–69; Colorectal cancer screening in people aged 50–74 within the past two years.

Source: OECD, 2023b.

Health service delivery

Raccomandazioni

- **Ampliare il focus sulle NCD oltre l'oncologia:** monitorare in modo sistematico l'aderenza alle linee guida cliniche per tutte le NCD non oncologiche. Introdurre metriche nazionali per valutare la gestione delle malattie croniche, supportate da un'infrastruttura più solida di sanità digitale e da sistemi informativi avanzati.
- **Estendere e integrare i programmi di screening:** standardizzare ed espandere lo screening oltre l'oncologia, includendo malattie cardiovascolari e respiratorie. Sviluppare approcci di screening multidisciplinare e procedure mirate per popolazioni ad alto rischio e aree geografiche vulnerabili.
- **Migliorare il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza:** ridurre la frammentazione rafforzando i collegamenti tra cure primarie e specialistiche. Promuovere percorsi clinici integrati per tutte le malattie croniche, facendo leva sui modelli sviluppati in oncologia e integrandoli nei sistemi regionali di valutazione delle performance (ad es. NSG).
- **Promuovere l'equità del sistema attraverso governance e monitoraggio:** rafforzare la supervisione nazionale con indicatori standardizzati. Condividere le migliori pratiche tra le regioni e investire nel rafforzamento delle capacità locali per ridurre le variazioni ingiustificate nella disponibilità e nella qualità dei servizi.



Emmanouil (Manos) Tsiasiotis

Research Associate

Università Cattolica del Sacro Cuore



emmanouil.tsiasiotis@unicatt.it