IRES VENETO

2025

LE CURE PRIMARIE

REGIONE VENETO

IL GRUPPO DI RICERCA

LUGLIO 2025

CURE PRIMARIE

Aggiornamento sullo stato dell'arte nella Regione Veneto

IRES

VENETO

INTRODUZIONE

Le Cure Primarie rappresentano un problema irrisolto in molte regioni. La Regione Veneto, con oltre 1500 pazienti per medico di medicina generale, soffre maggiormente di una carenza di assistenza primaria nel territorio poiché rappresenta una delle Regioni del Nord in cui i medici di base hanno un carico di assistiti più elevato. Attualmente l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), pone a 1.500 il numero di MMG, con la possibilità di estenderlo a 1.800 in casi particolari e attraverso deroghe locali. In Veneto, nel 2024, i 2.721 MMG (erano 3.243 nel 2016) hanno in carico, in media, 1.555 assistiti per MMG. Un deflusso analogo dalla professione riguarda anche i pediatri (PLS) che nel 2016 erano 565 e nel 2024 sono 499.

DATI FONTI E INFORMAZIONI

Le informazioni e i dati contenuti in questo Report derivano principalmente da dati ufficiali della Regione Veneto integrati da informazioni erogate dalle diverse Aziende. Il Ministero della Salute ha messo a disposizione informazioni sul numero dei MMG e di assistibili relativamente all'anno 2023 nelle varie Regioni. I dati aggiornati sull'attività dei MMG e PLS, sono stati reperiti dalla Relazione Socio Sanitaria del Veneto.

INDICE

1. LA SITUAZIONE A LIVELLO NAZIONALE E LE DISPOSIZIONI SULLA SANITA' TERRITORIALE 2-5
2. LE CURE PRIMARIE IN VENETO 6-7
3. I MMG : ZONE CARENTI, NUMERO, FABBISOGNO, BORSE , ATTIVITA' 8-11
4. I PLS : ZONE CARENTI , NUMERO, FABBISOGNO, ATTIVITA' 12-13
5. I MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE 14
7. LE CURE PRIMARIE NELLE AULSS 15-16
8. CONSIDERAZIONI FINALI 17-18

Legenda abbreviazioni utilizzate

CP = Cure Primarie

RO = Rapporto Ottimale

MMG = Medico di Medicina Generale

PLS = Pediatra di Libera Scelta

CA = Continuità Assistenziale

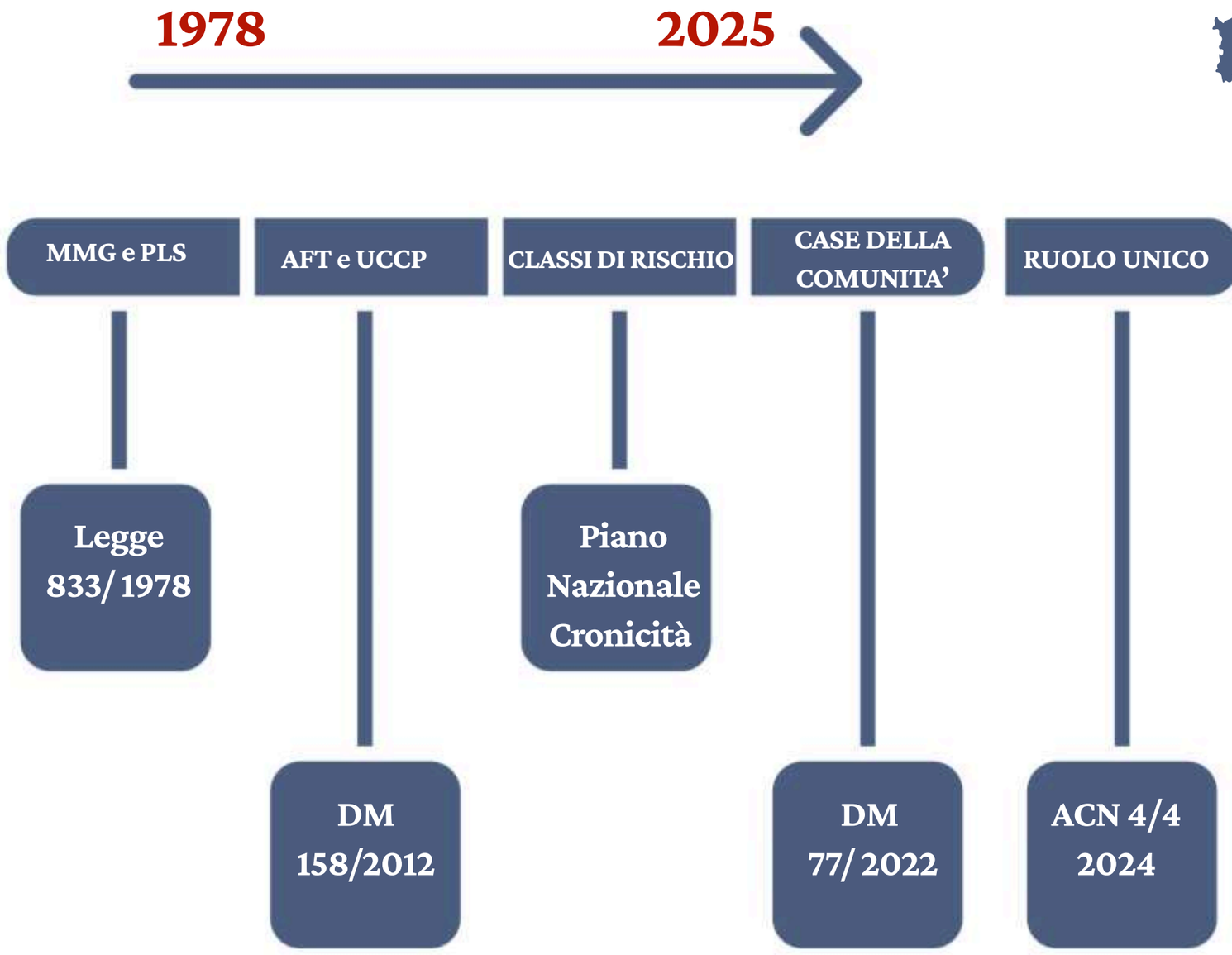
MGI = Medicine di Gruppo Integrate

ACN = Accordo Collettivo Nazionale

1a. Le DISPOSIZIONI previste a livello nazionale







Una delle prime riorganizzazioni delle Cure Primarie è stata proposta dal Decreto Balduzzi (convertito in legge 158/2012) che aveva previsto la riorganizzazione della medicina generale in forme organizzative denominate AFT e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), per erogare prestazioni in ottica multidisciplinare.

Il DM 77/2022 ha introdotto nuove misure per rafforzare le cure primarie con l'obiettivo di:

- promuovere l'integrazione socio-sanitaria e dunque favorire la collaborazione tra servizi sanitari e sociali per una risposta più completa ai bisogni dei cittadini;
- promuovere la digitalizzazione e l'innovazione e dunque integrare strumenti digitali e telemedicina per migliorare l'accesso alle cure e affrontare le disparità territoriali.

Lo stesso DM 77/2022 introduce inoltre nuove strutture e modelli organizzativi:

- Case della Comunità (CdC): Strutture multidisciplinari che offrono servizi di assistenza primaria, prevenzione e promozione della salute, operando come punto di riferimento per la comunità;
- Centrali Operative Territoriali (COT): Unità organizzative che coordinano i servizi sanitari e sociali sul territorio, garantendo continuità assistenziale e integrazione tra i diversi livelli di cura;
- Ospedali di Comunità (OdC): Strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, destinate a pazienti che necessitano di cure a bassa intensità clinica, con l'obiettivo di facilitare la transizione tra i diversi setting assistenziali.

Inoltre, introduce nuove figure professionali come:

- Infermiere di famiglia e comunità: Professionista che assicura l'assistenza infermieristica nei diversi livelli di complessità, collaborando con tutti i professionisti coinvolti nella cura del paziente;
- Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta integrati nelle CdC per garantire una presa in carico continua e coordinata dei pazienti.

Nel 2024 l'ACN definisce il ruolo unico del Medico di Assistenza Primaria che ha come finalità di unificare le diverse figure professionali dell'assistenza territoriale—come i MMG e quelli della continuità assistenziale—sotto un'unica struttura organizzativa, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e la qualità delle cure primarie. Ogni medico è tenuto a dedicare fino a 38 ore settimanali, suddivise tra attività a ciclo di scelta (con un compenso pari al numero di scelte acquisite) e attività oraria (con un compenso adeguato al numero di ore effettuate), con un massimo di 1.500 pazienti assistiti.

1b. LE ULTIME RILEVAZIONI A LIVELLO NAZIONALE

Tav 1. Numero di medici di base per range di numero di pazienti

Regione	Da 1 a 50	Da 51 a 500	Da 501 a 1000	Da 1001 a 1500	Oltre 1500	Totale	per attività in forma associativa	Numero di assistiti per medico
LOMBARDIA	6	51	237	1.078	3.905	5.277	3.821	1.547
PROV. AUTON. BOLZANO	_	4	13	85	190	292	161	1.534
VENETO	**5**	**20**	**119**	**722**	**1.898**	**2.764**	**2.384**	**1.524**
SARDEGNA	2	25	83	269	582	961	254	1.487
FRIULI VENEZIA GIULIA	_	13	29	297	373	712	629	1.460
EMILIA ROMAGNA	13	60	183	878	1.539	2.673	2.313	1.437
VALLE D`AOSTA	_	3	3	22	44	72	48	1.430
PROV. AUTON. TRENTO	2	9	22	112	185	330	288	1.415
PIEMONTE	25	85	204	941	1.477	2.732	1.691	1.377
MARCHE	4	34	88	295	525	946	612	1.374
CAMPANIA	28	161	288	921	1.998	3.396	3.201	1.371
LIGURIA	9	47	136	298	504	994	717	1.314
LAZIO	88	296	568	1.111	1.960	4.023	3.117	1.251
PUGLIA	35	196	458	1.139	983	2.811	2.161	1.214
CALABRIA	17	94	215	467	470	1.263	225	1.208
UMBRIA	9	51	118	236	221	635	512	1.188
TOSCANA	205	401	208	610	1.390	2.814	1.801	1.179
ABRUZZO	17	94	154	395	290	950	545	1.168
SICILIA	87	391	731	1.513	932	3.654	1.870	1.119
BASILICATA	14	51	66	182	130	443	229	1.089
MOLISE	5	38	52	94	52	241	47	1.052
ITALIA	**571**	**2.124**	**3.975**	**11.665**	**19.648**	**37.983**	**26.626**	**1.335**

Fonte: Ministero della Salute 2025.

Dalle rilevazioni effettuate dal Ministero della Salute nel 2023 emerge come la media nazionale relativa al numero dei pazienti per MMG è pari a 1.335 ma il valore è più alto al Nord (1.498), rispetto al Centro (1.256) e al Sud (1.246) (Fig.1 e Tav. 1). In dettaglio, le regioni con il maggior numero di assistiti per medico di base sono: Trentino- Alto Adige (1.534), Lombardia (1.547) e **Veneto** (1.524) mentre le ultime sono Sicilia (1.119), Basilicata (1.089) e Molise (1.052)

Fig. 1 Adulti residenti per MMG (2023)



Nota: le Regioni con il numero di assistiti maggiore per ogni MMG (colorazione più scura)

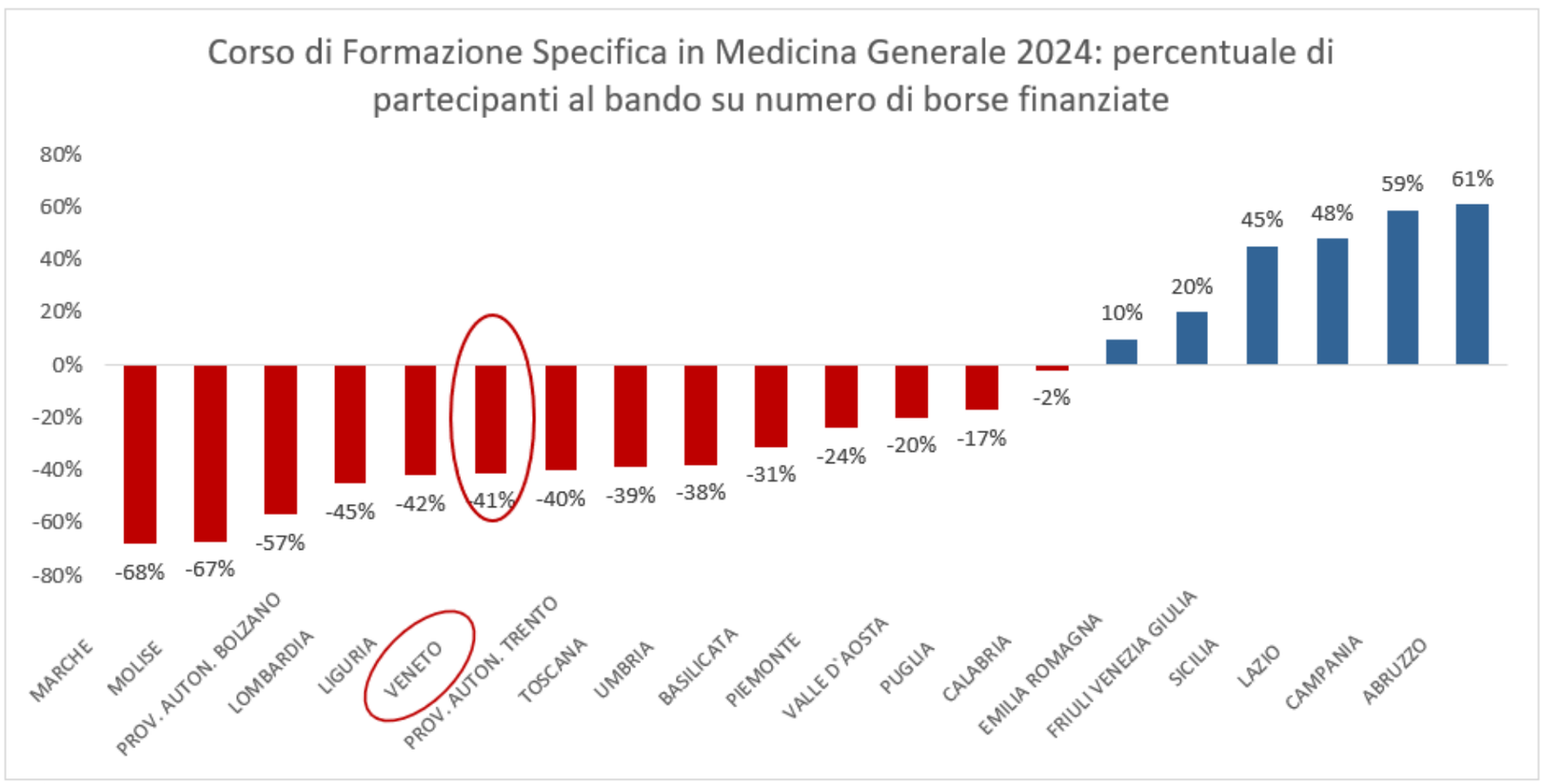
1c. Gli accessi alla professione: il corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2024

Tav 2. Partecipanti ai bandi vs numero di borse finanziate



Regione	Differenza	Differenza %
PIEMONTE	-41	-24%
VALLE D`AOSTA	-2	-20%
LOMBARDIA	-227	-45%
PROV. AUTON. BOLZANO	-17	-57%
PROV. AUTON. TRENTO	-16	-40%
VENETO	**-102**	**-41%**
FRIULI VENEZIA GIULIA	8	20%
LIGURIA	-28	-42%
EMILIA ROMAGNA	21	10%
TOSCANA	-78	-39%
UMBRIA	-17	-38%
MARCHE	-106	-68%
LAZIO	81	48%
ABRUZZO	27	61%
MOLISE	-12	-67%
CAMPANIA	96	59%
PUGLIA	-33	-17%
BASILICATA	-5	-31%
CALABRIA	-1	-2%
SICILIA	86	45%
SARDEGNA	-17	-28%

Fondazione GIMBE 2025



L'accesso alla professione avviene attraverso un corso triennale di formazione specifica. La Fondazione GIMBE ha evidenziato una crescente discrepanza tra il numero di borse di studio finanziate per la formazione dei medici di medicina generale (MMG) e il numero effettivo di candidati che partecipano ai concorsi. Nel 2024, a livello nazionale, sono stati banditi 2.623 posti per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, ma solo 2.240 candidati hanno partecipato, lasciando vacanti 383 borse, pari al 15% del totale. In alcune regioni la situazione è ancora più critica tra cui il Veneto, ove il 41% delle borse è rimasto scoperto. Questa tendenza preoccupa ed evidenzia come la professione di medico di famiglia stia diventando sempre meno attrattiva per i giovani, nonostante l'aumento delle borse finanziate attraverso fondi straordinari come il PNRR e il DL Calabria.

1d. PREVISIONI DI USCITE E ENTRATE DI MEDICI DI BASE (2025)

Tav 3. Accessi e pensionamenti dei MMG per Regione

REGIONE	MMG in uscita entro al 2025	entrata al 2025	MMG in entrata/uscita	Differenza (MMG in entrata -MM in uscita)
ABRUZZO	352	225	64%	-127
BASILICATA	148	112	76%	-36
CALABRIA	370	318	86%	-52
CAMPANIA	1235	837	68%	-398
EMILIA ROMAGNA	969	775	80%	-194
FRIULI VENEZIA GIULIA	261	196	75%	-65
LAZIO	1443	859	60%	-584
LIGURIA	358	265	74%	-93
LOMBARDIA	1963	1828	93%	-135
MARCHE	354	312	88%	-42
MOLISE	83	79	95%	-4
PIEMONTE	980	780	80%	-200
PUGLIA	1069	686	64%	-383
SARDEGNA	380	268	71%	-112
SICILIA	1316	774	59%	-542
PROV. AUTON. TRENTO	902	649	72%	-253
TOSCANA	112	119	106%	7
UMBRIA	244	168	69%	-76
VALLE D`AOSTA	27	36	134%	9
VENETO	**1018**	**862**	**85%**	**-156**
ITALIA	13780	10148	74%	-3632

Fonte: AGENAS 2025

Le stime relative agli accessi e ai pensionamenti a livello regionale elaborati da AGENAS evidenziano come entro il 2025, in Veneto, ci sarà un saldo negativo tra medici in uscita e nuovi ingressi pari a 156 unità. Precedentemente la Federazione Italiana dei MMG (FIMMG) aveva previsto, al 2024 per la Regione Veneto, 166 pensionamenti e 376 in totale dal 2022 al 2024.

Tav 4. Pensionamenti dei MMG per AULSS

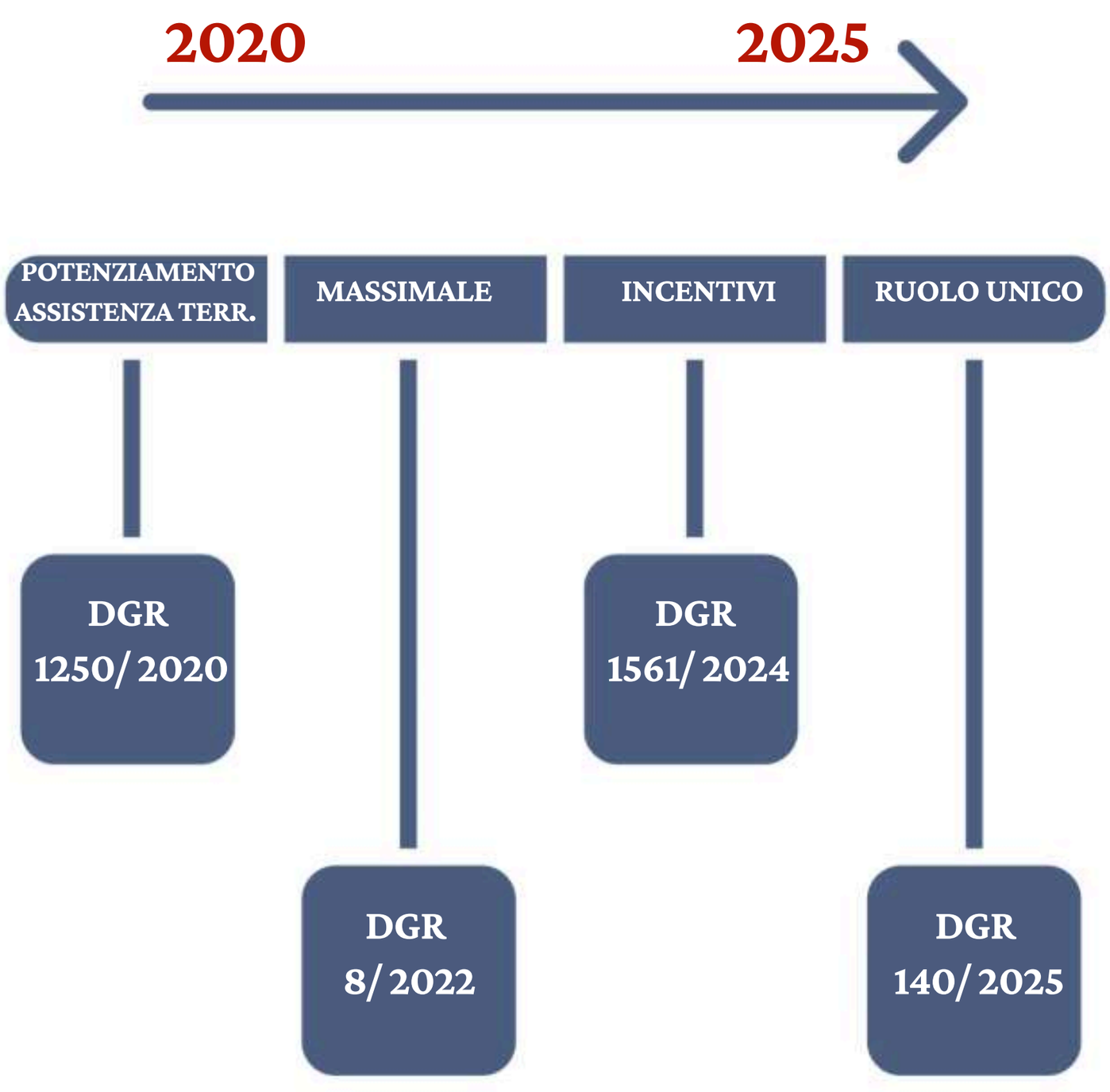
		Medici in pensione nel triennio 2022 - 2024			TOTALE PENSIONANDI
	Medici in attività. Maggio 2022	2022	2023	2024	2022-2024
1.Dolomiti	119	NR	NR	NR	21
2.Marca Trevigiana	490	6	9	20	35
3.Serenissima	366	4	16	20	40
4.Veneto Orientale	127	5	3	9	17
5.Polesana	143	11	7	11	29
6.Euganea	544	22	27	38	87
7.Pedemontana	217	4	5	13	22
8.Berica	286	2	9	19	30
9 - Scaligera	537	25	34	36	95
TOTALE VENETO	2.829	79	110	166	376

Fonte: FIMMG (2022)

2a. Le DISPOSIZIONI della REGIONE VENETO MMG







La Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. **8 del 4 gennaio 2022** ha introdotto misure straordinarie per far fronte alla carenza di medici di medicina generale (MMG) e per garantire l'assistenza sanitaria durante l'emergenza COVID-19. Tra le disposizioni principali vi è:

- l'aumento del massimale di assistiti: su base volontaria, è stato consentito ai MMG di aumentare il numero massimo di assistiti da 1.500 a 1.800, in coerenza con l'art. 39, comma 3, dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN);
- l'indennità per il collaboratore di studio pari a 2 euro per assistito erogato ai MMG che hanno aderito all'aumento del massimale al fine di compensare l'aumento del carico di lavoro amministrativo.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto **n. 1561 del 30 dicembre 2024** (DGR 1561/2024) si fissano alcune disposizioni per l'anno 2025 in materia di assistenza primaria a ciclo di scelta e di attività oraria, in particolare:

- si conferma l'aumento del massimale individuale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (fino a 1.800 assistiti su base volontaria) e l'integrazione regionale all'indennità di collaboratore di studio per tali medici;
- si prevedono azioni per i medici ad attività oraria, inclusi incentivi per la disponibilità a svolgere ulteriori ore settimanali oltre le 24 previste dall'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale del 28 aprile 2022, o per attività svolta in zone disagiate. In caso di difficoltà nell'assegnare l'ambito territoriale carente di assistenza primaria, sono previste misure per garantire il diritto all'assistenza a tutti gli assistiti ed evitare interruzioni del servizio pubblico.

Con la DGR n. 140 del 10 febbraio 2025 si dettano le prime linee di indirizzo per l'individuazione delle zone carenti per l'anno 2025 della medicina generale e della pediatria di libera scelta, e l'avvio del ruolo unico dei medici di assistenza primaria e l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).

2b. CONFRONTO NUOVE/VECCHIE DISPOSIZIONI MMG/CA



L'evoluzione normativa delle CP



ACN 23/03/2005 PRIMA	Medici di medicina generale	1 MMG ogni 1.200 residenti dell'Ambito Territoriale o frazione superiore a 700
	Ore vacanti di continuità assistenziale	1 Medico ogni 6.500 residenti
ACN 04/04/2024 DOPO	**Incarichi Vacanti del Ruolo Unico** del Medico di Assistenza Primaria	1 MMG ogni 1.200 residenti dell'Ambito Territoriale o frazione superiore al 50% di 1.200, con un correttivo aggiuntivo di UN MEDICO ogni 5.000 residenti nell'Ambito Territoriale
	Aggregazioni funzionali territoriali	AFT - UNA ogni 30.000 abitanti
	Attività del Ruolo Unico	L'incarico di Medico del Ruolo Unico, già dall'anno 2025, comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore sett.li con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti. Sono tenuti a promuovere la medicina di iniziativa e la presa incarico in particolare dei pazienti cronici
	Sede dell'Attività del Ruolo Unico	I medici del Ruolo Unico dovranno svolgere la propria attività per i propri assistiti e presso le Sedi delle AFT, delle Case della Comunità hub e spoke, gli Ospedali di Comunità, per l'attivazione di ambulatori diurni di Medicina Generale, per l'assistenza ai turisti, agli studenti fuori sede.
	Attività di Continuità assistenziale	La Continuità Assistenziale dovrà essere rivisitata al fine di progettare nuovi modelli di continuità dell'assistenza diurna, all'interno delle AFT, attraverso la modulazione dell'intensità assistenziale in base alle reali necessità, l'attività oraria dovrà riguardare non solo quella notturna e festiva ma dovrà essere collegata anche a percorsi di assistenza diurna e feriale

Fonte: art. 33 ACN/2005, Art. 64 ACN/2005 ; art. 31 ACN 04/04/2024

3a. VENETO: IL NUMERO DEI MMG (2020-2024)



Tav 5. Numero di MMG e variazione (2020–2024) per AULSS

Aziende ULSS	MMG 2020	MMG 2021	MMG 2023	MMG 2024	VAR. 2020-2024
1.Dolomiti	133	119	118	114	-14%
2.Marca Trevigiana	528	493	534	478	-9%
3.Serenissima	402	371	352	349	-13%
4.Veneto Orientale	138	129	127	123	-11%
5.Polesana	166	144	135	123	-26%
6.Euganea	592	522	540	530	-10%
7.Pedemontana	231	221	216	218	-6%
8.Berica	308	279	276	277	-10%
9.Scaligera	572	548	521	509	-11%
Veneto	3.070	2.826	2.819	2.721	-11%

Fonte: Elaborazioni su dati A-ULSS

Le informazioni disponibili rilevano che in quadriennio, dal 2020 al 2024, il numero dei MMG in Veneto si è ridotto di 349 unità. La riduzione è stata, a livello regionale complessivo del 11% e si è manifestata in maniera più marcata in alcune AULSS rispetto ad altre. Nell'AULSS 1 la riduzione è stata del 14%, nell'AULSS 5 del 26%.

A questa tendenza contribuiscono diverse cause più volte evidenziate:

- l'attuale organizzazione del corso di formazione specifica in medicina generale, gestito dalle regioni e province autonome, che non sta rispondendo adeguatamente alle sfide del presente e, vi è una diffusa convinzione, tra i giovani medici, che la medicina generale rappresenti, oggi, una seconda scelta rispetto alle scuole di specializzazione, considerate più prestigiose e remunerative (un medico in formazione per la medicina generale riceve una borsa di studio di soli 11.603 euro annui, contro i 25.000-26.000 euro degli specializzandi);
- accanto alle difficoltà di dover sopperire con risposte adeguate ai sempre più crescenti bisogni di salute, a causa dell'invecchiamento della popolazione e della sempre maggiore prevalenza della cronicità, e dunque a carichi assistenziali sempre più insostenibili, i MMG sono gravati da una burocrazia opprimente.

3b. IL "MASSIMALE"



Tav 6. Numero di Assistiti / MMG (2024)

Aziende ULSS	MMG 01/01/2024	ASSISTITI	N. ASSISTITI / MMG
1.Dolomiti	114	175.810	1.542
2.Marca Trevigiana	478	781.407	1.635
3.Serenissima	349	525.287	1.505
4.Veneto Orientale	123	199.732	1.624
5.Polesana	123	201.844	1.641
6.Euganea	530	812.355	1.533
7.Pedemontana	218	313.928	1.440
8.Berica	277	415.513	1.500
9.Scaligera	509	805.847	1.583
Veneto	2721	4.231.723	1.555

Fonte: Elaborazioni su dati A-ULSS

Il massimale rappresenta il numero massimo di pazienti che un medico di medicina generale (MMG) può assistere contemporaneamente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che, in Italia, è fissato a 1.500 assistiti per medico, salvo deroghe come si è precedentemente specificato. Il rispetto del massimale è fondamentale per assicurare ad ogni paziente un'assistenza adeguata e la possibilità di manifestare la propria libertà di scelta e al medico di poter gestire efficacemente il proprio carico di lavoro. Superare il massimale può comportare un aumento dello stress per il medico e una possibile diminuzione della qualità delle cure offerte ai pazienti. Nella Regione Veneto ogni MMG ha in carico più di 1.500 pazienti e, in alcuni territori come in AULSS 2, AULSS 5 e AULSS 4 si è superato il numero di 1.600 pazienti per MMG.

3c. Gli accessi alla professione in Veneto: le borse di specialità

Tav 7. Storico Borse di formazione 2014–2024

Regione Veneto	Numero Posti Corso Formazione 2014-2017	Numero Posti Corso Formazione 2015-2018	Numero Posti Corso Formazione 2016-2019	Numero Posti Corso Formazione 2017-2020	Numero Posti Corso Formazione 2018-2021	Numero Posti Corso Formazione 2019-2022	Numero Posti Corso Formazione 2020-2023	Numero Posti Corso Formazione 2021-2024	Numero Posti Corso Formazione 2022-2025	Numero Posti Corso Formazione 2023-2026	Numero Posti Corso Formazione 2024-2027
Borse di Studio	50	50	50	50	126	118	85	306	226	203	248
REALMENTE ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE						204	120	265	226	188	146

Più volte si è evidenziata, in passato, la mancanza di una vera programmazione dei posti a bando dei corsi di formazione da parte delle stesse Regioni. Tra le altre, la Regione Veneto emerge tra quelle che, nel tempo ha sottostimato il fabbisogno futuro di MMG mettendo a bando dal 2014 al 2017 solo 50 borse di studio. Successivamente sono state finanziate borse anche con il contributo del PNRR che, per l'anno accademico 2021-2022, ha finanziato 66 borse di studio aggiuntive, oltre alle 240 già previste, grazie a un contributo di 830.000 euro. Nonostante l'aumento delle borse di studio, la Regione Veneto nel corso degli anni, ha riscontrato sempre più difficoltà nel coprire tutti i posti disponibili. Nel concorso per il triennio 2024-2027, circa il 40% delle borse finanziate sono rimaste vacanti a causa della mancanza di candidati contrariamente da ciò che accadeva 10 anni anni fa ove, con 50 borse messe a bando per il Veneto, erano molti, invece, i professionisti che non riuscivano ad accedere al percorso di formazione specifica, così come accadeva per qualsiasi altro percorso di formazione specialistica post-laurea. In sintesi anche con l'incremento delle borse di studio per i medici in Veneto, permangono sfide legate all'attrattività della professione e alla copertura dei posti disponibili.

3d. L'attività dei MMG



Tav 8. Prestazioni erogate dai MMG (2023)

Aziende ULSS	ACCESSI AMBULATORIALI	ADI	ADP	PPIP	VISITE DOMICILIARI
1.Dolomiti	1.593.571	4.266	13.681	18.202	10.800
2.Marca Trevigiana	6.051.531	9.430	34.581	62.575	25.023
3.Serenissima	4.971.983	559	17.470	42.203	18.046
4.Veneto Orientale	1.891.750	6.752	5.752	9.771	10.293
5.Polesana	2.080.697	6.231	14.456	25.276	8.703
6.Euganea	8.059.948	42.177	42.187	73.389	56.487
7.Pedemontana	2.538.749	3.855	13.441	25.909	19.886
8.Berica	3.789.017	4.566	16.932	44.989	15.227
9.Scaligera	7.260.880	14.693	43.335	61.935	31.409
Veneto	**38.238.126**	**92.529**	**201.835**	**364.249**	**195.874**

Fonte: Relazione Socio Sanitaria del Veneto (2024)

Emerge dunque, al di là del numero dei posti messi a bando, la necessità di agire sulla qualità del lavoro che i futuri medici andranno a svolgere per renderlo realmente attrattivo e gratificante.

Le prestazioni erogate dai MMG e PLS possono essere classificate come:

- **Prestazioni di particolare impegno professionale** (**PPIP** es: suture, medicazioni, tamponamento nasale, iniezioni, etc), eseguite a domicilio dell'assistito o nello studio professionale convenzionato del medico di famiglia a seconda delle condizioni di salute del paziente;
- **Assistenza domiciliare programmata (ADP)** svolta assicurando, al domicilio personale del paziente non deambulabile, la presenza effettiva periodica del medico in relazione alle eventuali esigenze del paziente. Essa comprende le seguenti attività:

- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito;
- controllo sulle condizioni igieniche e sul conforto ambientale e suggerimenti allo stesso e ai familiari;
- indicazione al personale infermieristico per la effettuazione delle terapie, da annotare sul diario clinico;
- indicazioni ai familiari, o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del singolo paziente;
- Indicazioni circa il trattamento dietetico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dalla Azienda;
- collaborazione con il personale dei servizi sociali della Azienda per le necessità del soggetto nei rapporti con la famiglia e con l'ambiente esterno;
- predisposizione e attivazione di "programmi individuali" con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- attivazione degli interventi riabilitativi;
- tenuta al domicilio di un'apposita scheda degli accessi fornita dalla Azienda sulla quale sono annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant'altro ritenuto utile e opportuno.

- **Assistenza domiciliare integrata (ADI)** è realizzata mediante la integrazione tra i diversi professionisti e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente. Lo svolgimento è caratterizzato dall'intervento integrato dei servizi necessari, sanitari e sociali, in rapporto alle specifiche esigenze di ciascun soggetto al fine di evitarne il ricovero.

Nel corso del 2023 sono state svolte nella Regione del Veneto n. 364.249 prestazioni PPIP, 38.238.126 visite ambulatoriali e 195.874 visite domiciliari dai MMG. Inoltre, nel corso del 2023 sono state svolte nella Regione del Veneto 294.363 accessi domiciliari (ADP/ADI) dai MMG.

3e. MMG Veneto: vecchi ambiti (zone carenti) e nuovi ambiti (incarichi vacanti)

Tav 9a. Zone carenti dei MMG, variazione (2019-2024)

Aziende ULSS	Zone Carenti MMG 2019	Zone Carenti MMG 2020	Zone Carenti MMG 2021	Zone Carenti MMG 2022	Zone Carenti MMG 2023	Zone Carenti MMG 2024
1.Dolomiti	21	27	24	42	44	51
2.Marca Trevigiana	36	64	78	97	155	141
3.Serenissima	21	34	51	58	69	63
4.Veneto Orientale	25	31	41	44	27	33
5.Polesana	20	23	38	41	45	60
6.Euganea	29	46	84	103	92	79
7.Pedemontana	27	30	35	46	30	33
8.Berica	54	59	86	106	113	53
9.Scaligera	110	128	124	164	209	215
Veneto	343	442	561	701	784	728

+99 +119 +140 +83 -56

Tav 9b. Incarichi vacanti dei MMG nel 2025

Aziende ULSS	Incarichi Vacanti del Ruolo Unico 2025	INCARICHI ASSEGNATI	INCARICHI RIMASTI VACANTI
1.Dolomiti	102	5	97
2.Marca Trevigiana	382	19	363
3.Serenissima	267	23	244
4.Veneto Orientale	99	4	95
5.Polesana	123	4	119
6.Euganea	400	43	357
7.Pedemontana	150	3	147
8.Berica	195	13	182
9.Scaligera	354	15	339
Veneto	2072	129	1943

Tutti gli aspetti finora evidenziati fanno emergere la situazione relativa alla sempre minore disponibilità di medici titolari e la maggiore numerosità delle zone carenti, aree territoriali prive di MMG titolari.
In Italia, l'individuazione delle zone carenti è regolata dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per i medici di medicina generale. La Regione Veneto pubblica annualmente le zone carenti. Dal 2019 vi è stato, infatti, nei vari territori della Regione, un progressivo incremento delle zone carenti di MMG che, nel 2024, sono aumentate di 385 unità. La maggiore variazione si è avuta nei territori delle AULSS 9 , 2, 6, 3, 5.

Ora, in base all'articolo 32 dell'ACN del 4 aprile 2024, le Aziende ULSS (Unità Locali Socio-Sanitarie) rilevano annualmente il nuovo fabbisogno di medici, tenendo conto di:

- Cessazioni programmate, come pensionamenti o dimissioni;
- Rapporto ottimale tra numero di medici e popolazione assistita;
- Vincoli territoriali, come la necessità di garantire l'assistenza in comuni specifici.

Nel BUR n. 30 del 28 febbraio 2025, sono state approvate, dalla Regione Veneto, le prime indicazioni per l'individuazione degli incarichi vacanti relativi al ruolo unico per l'anno 2025 della medicina generale e della pediatria di libera scelta. A seguito dell' ACN 2024 che introduce una nuova metodica di definizione degli incarichi vacanti di medici del ruolo unico, il numero dei posti non coperti da medici titolari è, ora, pari a 2072 (dopo una prima assegnazione di 129 posti ne sono rimasti 1943).

4a.Numero dei PLS (2020-2024)

Tav 10. Numero di PLS e variazione (2020–2024) per AULSS

Aziende ULSS	DATI ULSS PLS 2020	DATI ULSS PLS 2021	DATI ULSS PLS 2022	DATI ULSS PLS 2023	DATI ULSS PLS 2024	VAR 2024-2020
1.Dolomiti	24	19	19	19	15	-9
2.Marca Trevigiana	104	100	109	109	96	-8
3.Serenissima	62	59	59	59	57	-5
4.Veneto Orientale	22	20	19	19	19	-3
5.Polesana	23	20	19	19	20	-3
6.Euganea	101	100	98	98	92	-9
7.Pedemontana	44	43	43	43	43	-1
8.Berica	55	53	51	51	51	-4
9.Scaligera	114	112	110	110	110	-4
Veneto	549	526	527	527	503	-46

A livello nazionale, fra quattro anni, a fronte dei 5289 pediatri che andranno in pensione, saranno solo 2900 i nuovi specialisti, ovvero ne mancheranno all'appello 2389. Anche quella dei pediatri in Veneto rappresenta una situazione emergenziale. A livello regionale nel 2024 si evidenziano in totale quattro zone carenti ordinarie* (ex art. 32 ACN 2005) e ben 28 zone carenti straordinarie* (ex Accordo Regionale per la pediatria di libera scelta, ex DGR n. 2667/2006) così come individuate dalle stesse AULSS. Non riuscire a governare questa crisi farà arretrare l'assistenza pediatrica regionale, al di là degli interventi specifici della Regione in ambito pediatrico (il Veneto rappresenta, infatti, una delle poche regioni in cui è presente l'assistenza domiciliare pediatrica specialistica per le cure palliative e un *hospice* pediatrico) e dei lusinghieri risultati ottenuti sulla mortalità infantile e neonatale e sull'assistenza del bambino cronico con bisogni speciali a livello generale.

Tav 11. Zone Carenti* PLS (2020–2024) per AULSS

Aziende ULSS	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Zone Carenti PLS 2024
1.Dolomiti	-	4 / Ord.	3/straord.	1/Ord. 2/Straord.	4 / Ord. - 1 / Straord.	1 / Ord. - 2 / Straord.	4
2.Marca Trevigiana	2 / Str.	5 / Str.	10/straord.	9/Straord.	6 / Straord.	5 / Straord.	7
3.Serenissima	2 / Str.	7 / Str.	3/str. - 3/ord.	3/Straord.	1 /Ord. - 4 / Straord.	2 /Ord. - 5 / Straord.	12
4.Veneto Orientale	1 / Str.	1 / Str.	5 str. - 1/ord.	3/Straord.	3 / Straord.	2 / Straord.	4
5.Polesana	1 / Str.	1 / Str.	2/straord.	2/Straord.	1 / Straord.	1 / Straord.	1
6.Euganea	5 / Str.	9 / Str.	12/straord.	2/Straord.	1 /Ord. - 2 / Straord.	5 / Straord.	13
7.Pedemontana	1 / Str.	4 / Str.	2/straord.	3/Straord.	2 / Straord.	_	2
8.Berica	-	3 / Str.	4/str. - 2/ord.	6/Straord.	4 / Straord.	1 / Ord. 1 / Straord.	11
9.Scaligera	1 / Str.	7 / Str.	12/straord.	7/Straord.	6 / Straord.	7 / Straord.	2
Veneto_ ordinarie	0	4	6	1	6	4	56
Veneto_straordinarie	13	37	53	37	29	28	

Fonte: Regione Veneto (2019-2024)

***Le zone carenti ordinarie in Veneto rappresentano quelle che, per ciascun ambito territoriale, fissano un massimale di un pediatra per ogni 600 residenti, o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni, così come risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Le Regioni, tuttavia, possono autorizzare la pubblicazione di zone carenti straordinarie su richiesta delle AULSS in accordo con le organizzazioni sindacali di categoria, in presenza di particolari condizioni territoriali. Con il nuovo ACN del 2024 le zone carenti sono individuate in base al target di 1 PLS ogni 850 residenti o frazione superiore a 450; i residenti sono quelli di età compresa tra i 0 e i 14 anni.

4b. L'attività dei PLS



Tav 12. Prestazioni erogate dai PLS (2023)

Aziende ULSS	ACCESSO	ADI/ADP	BILANCI DI SALUTE	PPIP	VISITA DOMICILIARE
1.Dolomiti	64.096	67	8.944	12.441	108
2.Marca Trevigiana	337.228	115	49.180	64.334	434
3.Serenissima	306.209	424	29.042	58.755	78
4.Veneto Orientale	86.748	269	11.137	19.929	66
5.Polesana	95.304	266	10.980	32.324	46
6.Euganea	487.069	890	52.017	101.606	118
7.Pedemontana	150.343	38	21.584	39.639	90
8.Berica	237.164	518	28.424	36.692	55
9.Scaligera	377.895	386	52.456	70.797	316
Veneto	2.142.056	2.973	264.124	436.536	1.311

Fonte: Relazione Socio Sanitaria del Veneto (2024)

Oltre alle attività che i PLS hanno in comune con i MMG (ADI/ADP, PPIP, e visite domiciliari) in base al progetto Salute Infanzia è previsto per i PLS un piano base di 10 Bilanci di Salute finalizzati al raggiungimento di alcuni obiettivi di salute anche mediante l'utilizzo del libretto sanitario individuale rappresentati da:

- Individuazione precoce delle condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore;
- Prevenzione delle SIDS;
- Prevenzione degli incidenti domestici e stradali;
- Promozione e sostegno dell'alimentazione al seno;
- Promozione dei programmi vaccinali;
-Promozione dello sviluppo relazionale anche attraverso l'adozione del progetto "leggere per crescere" conformemente agli indirizzi regionali;
-Indicazione e promozione di corretti comportamenti alimentari;
-Prevenzione dei danni da fumo passivo.

Nel corso del 2023 sono state svolte nella Regione del Veneto n. 436.536 prestazioni dai PLS e, inoltre:

- 1.311 visite domiciliari dai PLS;
- 2.973 accessi domiciliari (ADP/ADI) dai PLS;
- 264.124 bilanci di salute

5. I Medici di Continuità assistenziale

Medici Continuità Assistenziale 2016 -2024										
Regione Veneto	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	VARIAZIONE 2016 - 2024
TOTALE	869	858	859	888	862	929	699	817	845	-24

Fonte: SISAC (2016-2024)

Tav. 14 Incarichi vacanti di CA – Anni 2019–2024 VENETO

Aziende ULSS	Incarichi Vacanti C.A. 2019	Incarichi Vacanti C.A. 2020	Incarichi Vacanti C.A. 2021	Incarichi Vacanti C.A. 2022	Incarichi Vacanti 2023	Incarichi Vacanti 2024
1.Dolomiti	35	41	43	45	46	46
2.Marca Trevigiana	110	125	134	134	139	132
3.Serenissima	52	80	75	89	91	97
4.Veneto Orientale	38	37	39	42	32	35
5.Polesana	30	42	46	46	48	44
6.Euganea	16	31	70	70	70	109
7.Pedemontana	44	50	52	58	62	62
8.Berica	11	5	9	30	30	30
9.Scaligera	79	86	84	103	117	114
Veneto	415	497	552	617	635	669

I medici di continuità assistenziale (ex guardia medica), sono medici del Servizio Sanitario Nazionale che garantiscono l'assistenza sanitaria nei giorni festivi, prefestivi e nelle ore notturne, quando il medico di medicina generale (MMG) o il pediatra di libera scelta (PLS) non sono in servizio. In Veneto i medici di continuità assistenziale stanno contribuendo a sopperire alla carenza di medici di medicina generale (MMG) adottando i seguenti provvedimenti:

- riconoscimento ai medici di continuità assistenziale che si rendono disponibili ad un aumento orario, di un incremento retributivo previsto per tale attività;
- possibilità da parte delle Aziende di dichiarare, al massimo per un anno, zona disagiata le sedi di continuità assistenziale in presenza di determinate particolari situazioni riconoscendo ai medici che operano in tali sedi un aumento della quota oraria prevista per tale attività;
- possibilità per le Aziende di assegnare incarichi di continuità assistenziale diurna, in via eccezionale, riconoscendo un aumento della quota oraria prevista per lo svolgimento di tale attività".

Dal 2019 al 2024 gli incarichi vacanti di CA sono aumentati di 254 unità. La continuità assistenziale viene garantita nelle diverse AULSS da incarichi provvisori assegnati ai medici e non titolari.

REGIONE VENETO: VARIAZIONE NUMERO MMG

Nel 2019



3070

-349

Nel 2024



2721

Aziende ULSS	VAR. 2020-2024
1.Dolomiti	-14%
2.Marca Trevigiana	-9%
3.Serenissima	-13%
4.Veneto Orientale	-11%
5.Polesana	-26%
6.Euganea	-10%
7.Pedemontana	-6%
8.Berica	-10%
9.Scaligera	-11%
Veneto	-11%

VARIAZIONE ZONE CARENTI

Nel 2019



343

+385

Nel 2024

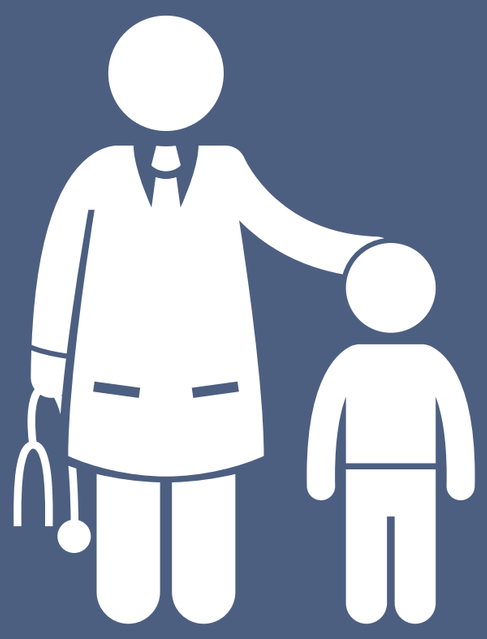


728

Aziende ULSS	VAR. 2020-2024
1.Dolomiti	143%
2.Marca Trevigiana	292%
3.Serenissima	200%
4.Veneto Orientale	32%
5.Polesana	200%
6.Euganea	172%
7.Pedemontana	22%
8.Berica	-2%
9.Scaligera	95%
Veneto	112%

REGIONE VENETO: VARIAZIONE PLS

Nel 2019



549

Nel 2024



503

-46

Aziende ULSS	VAR 2020-2024
1.Dolomiti	-38%
2.Marca Trevigiana	-8%
3.Serenissima	-8%
4.Veneto Orientale	-14%
5.Polesana	-13%
6.Euganea	-9%
7.Pedemontana	-2%
8.Berica	-7%
9.Scaligera	-4%
Veneto	-8%

VARIAZIONE ZONE CARENTI

Nel 2019



13 straordinarie

Nel 2024



4 ordinarie

28 straordinarie

	VAR. ORDINARIE (2020-2024)	VAR. STRAORDINARIE (2020-2024)
1.Dolomiti	-3	2
2.Marca Trevigiana	0	0
3.Serenissima	2	-2
4.Veneto Orientale	0	1
5.Polesana	0	0
6.Euganea	0	-4
7.Pedemontana	0	-4
8.Berica	1	-2
9.Scaligera	0	0
Veneto	0	-9

D1. Quali "cambiamenti" ha introdotto il nuovo ACN del 2024?

R1. Con l'ACN (2024) il fabbisogno dei MMG del Ruolo Unico si individua sommando i Medici a CICLO DI SCELTA (calcolati col rapporto 1: 1200 sulla popolazione di età >14 anni) e i Medici ad ATTIVITA' ORARIA (1:5000 sulla popolazione totale). Il numero di incarichi vacanti si determina sottraendo al fabbisogno, così calcolato, il numero dei MMG a tempo indeterminato, MMG temporanei e i MCA a tempo indeterminato e temporanei, presenti negli ambiti territoriali .

Esempio – Ambito X

FABBISOGNO A **CICLO DI SCELTA: 10 MMG**

FABBISOGNO **ATTIVITA' ORARIA: 5 MCA**

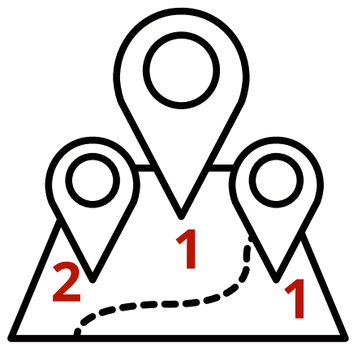


MEDICI **PRESENTI**

2 MMG TITOLARI

1 MMG TEMPORANEO

1 MCA (TEMPO IND. o TEMP.)



Sistema	Fabbisogno	Chi viene conteggiato come "presente"	Conteggio
Vecchio sistema *Zone carenti*	**MMG 1/1200**	☑ **MMG Titolari + MMG Temporanei***	Fabbisogno – MMG titolari – MMG temporanei = **zone carenti** **10 – 2 – 1 = 7**
Nuovo sistema Incarichi *vacanti* (ACN 2024)	MMG Ciclo di Scelta **(1/1200)** +MMG Attività Orario **(1/5000)**	☑ **MMG Titolari + MMG Temporanei* + MCA (Titolari e Temporanei)**	Fabbisogno - MMG Titolari – MMG Temporanei – CA Titolari e Temporanei = **Incarichi Vacanti** **10 + 5 – 2 – 1 – 1 = 11**

* Temporanei sono MMG e di CA, in corso di formazione, ai quali è stata affidata una zona carente o un incarico vacante, in seguito della loro partecipazione al bando annuale della Regione.

D2. Perché si contano più incarichi vacanti oggi rispetto alle vecchie zone carenti?

R2. Con i nuovi criteri di calcolo del fabbisogno dell'ACN (1/1200 + 1/5000) si determina uno "scoperto strutturale" maggiore, il "rapporto ottimale", che oltre a garantire la libera scelta, permetterebbe di coprire le carenze in Centri Servizi, Ospedali e Case della Comunità e garantire la CA.

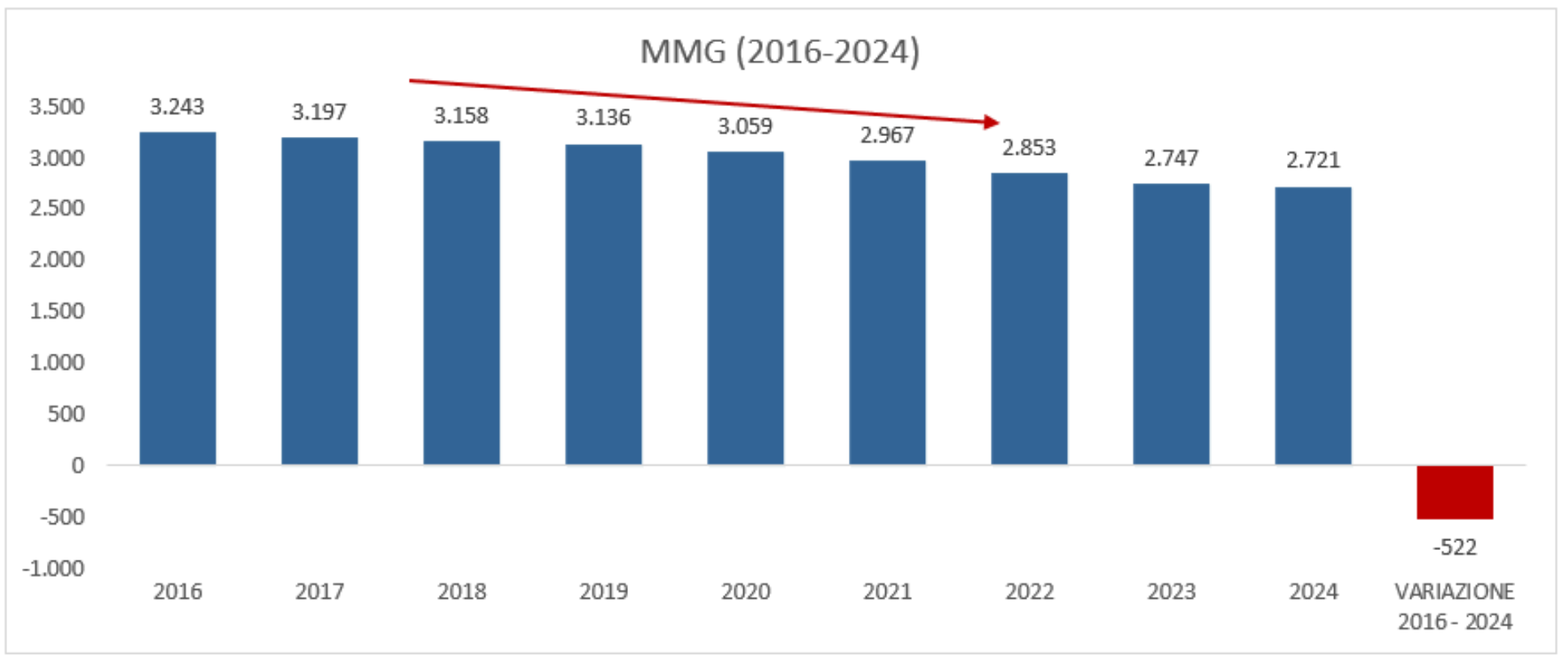
D3. Quanti MMG mancano nei territori ?

R3. Non è possibile saperlo. Gli incarichi vacanti non necessariamente corrispondono a territori nei quali manca il medico, grazie alla presenza di MMG e di CA provvisori (medici che non risultano assegnatari, da bando regionale, di zone carenti o incarichi vacanti), MMG ultra 70enni, MMG con assistiti fino a 1.800. In alcuni territori è attiva anche la Guardia Medica Diurna (UCAD/CAD). Si tratta di soluzioni adottate a titolo provvisorio per fronteggiare l'emergenza.

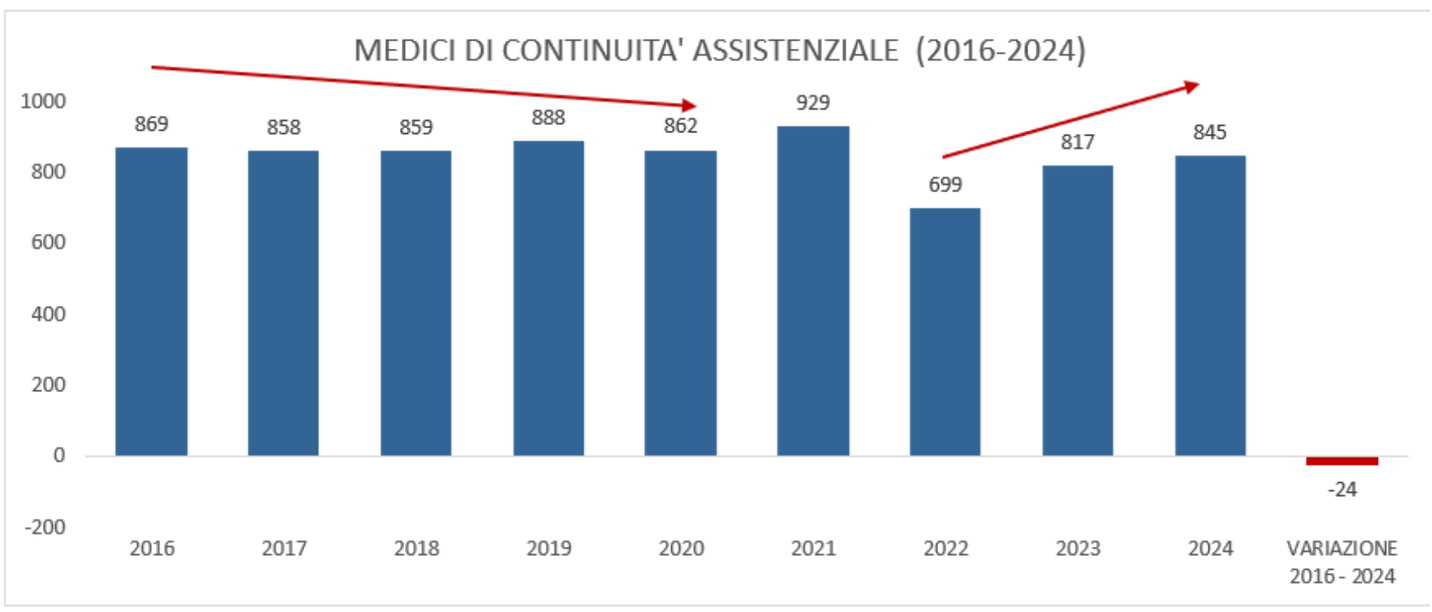
CONSIDERAZIONI FINALI

IRES VENETO

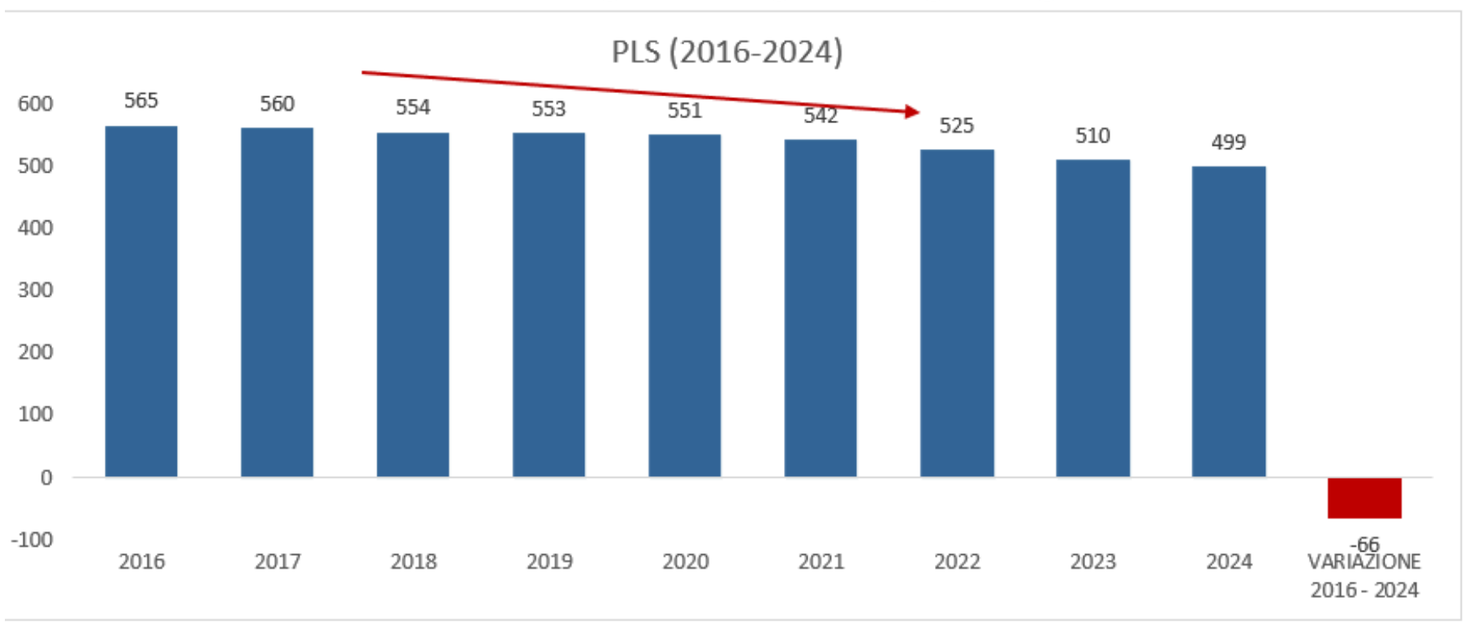
VARIAZIONE NUMERO MMG



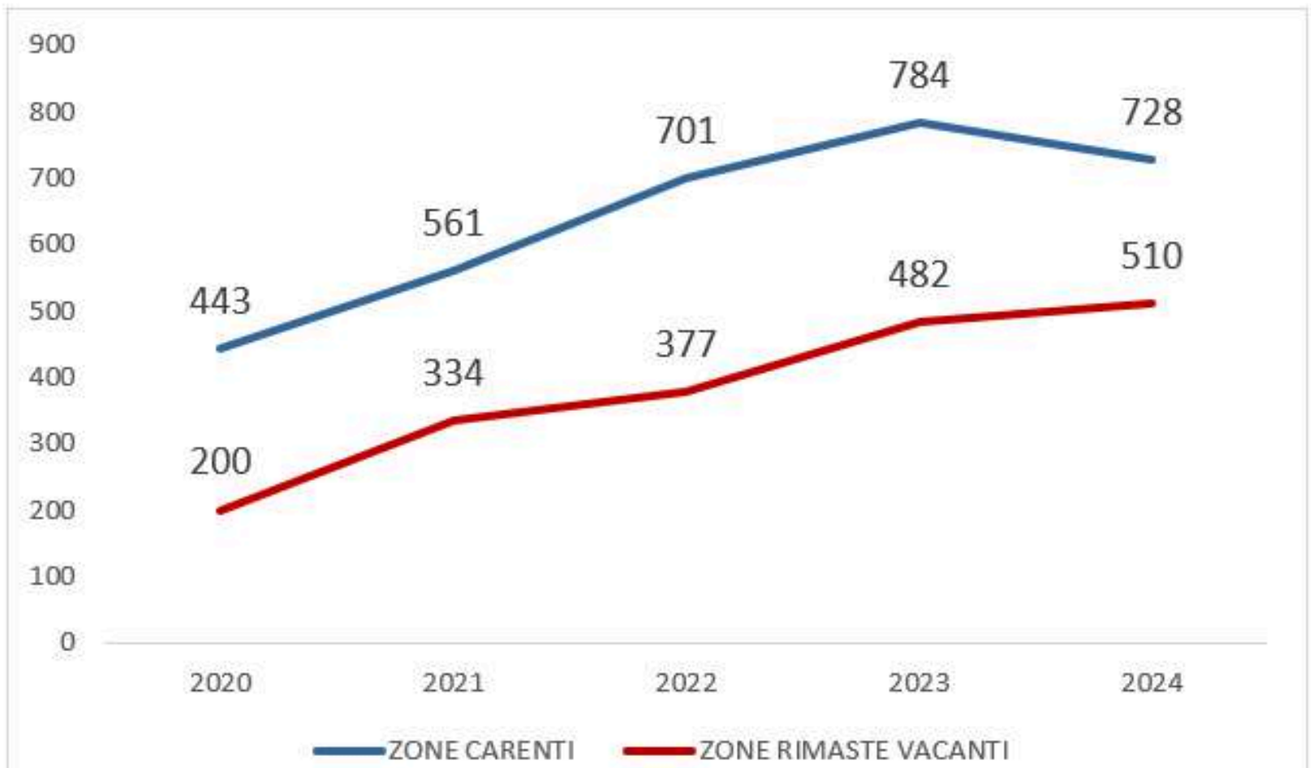
VARIAZIONE NUMERO MCA



VARIAZIONE NUMERO PLS



VARIAZIONE ZONE CARENTI E RIMASTE VACANTI



A livello nazionale e regionale è presente una situazione ancora emergenziale. Negli anni 2014-2017 si è sottovalutato il problema del numero insufficiente delle borse di formazione in relazione al numero dei medici che sarebbero andati in quiescenza negli anni successivi (la cosiddetta "gobba pensionistica").

Inoltre, negli ultimi anni si sta riscontrando una preoccupante contrazione del numero dei medici che partecipano ai Corsi di Formazione rispetto alle borse bandite nonostante il bisogno assistenziale sia sempre più elevato. Rispetto alla riduzione degli accessi alla professione (anche per complessità dell'assistenza, maggiore burocratizzazione delle pratiche e riduzione del supporto del personale di studio), è noto come nei prossimi anni si ritireranno dalla professione, per raggiunti limiti di età, circa 130-170 professionisti all'anno in Veneto prima del compimento del 70esimo anno di età (nonostante vi sia la possibilità di rimanere in servizio fino al compimento del 72esimo anno). La definizione del Ruolo Unico, dei nuovi ambiti territoriali e la relazione con l'apertura delle Case di Comunità rappresentano l'ultima sfida dell'assistenza primaria. Da un'analisi delle delibere pubblicate in alcune AULSS emerge come i MMG titolari di incarichi a tempo indeterminato non hanno manifestato in questi territori la disponibilità a rientrare nel Ruolo Unico (e dunque la disponibilità di poter avere un impegno orario all'interno delle Case della Comunità).

BARBARA BONVENTO
www.barbara.bonvento@unipd.it

MANUELA NICOLETTI
mnicoletti.mn@gmail.com