



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Varese

OMCeO
Varese



2 | 2026

Il Bollettino

Sanità italiana,
analisi
e prospettive

**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI
E ODONTOIATRI DI VARESE**

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: Giovanna BERETTA
Vice Presidente: Teodora Maria GANDINI
Segretario: Massimo Dario BIANCHI
Tesoriere: Cristina MASCHERONI
Consiglieri: Annamaria ARMAGNO
Giulio CARCANO
Gianluca CASTIGLIONI
Francesco DENTALI
Marco Paolo DONADINI
Cinzia GAMBARINI
Carlo GRIZZETTI
Daniele PONTI
Alessandra ROCCO
Alessandra RUSSO
Alberto TARAS
Consiglieri Odontoiatri: Pasquale PAONE
Marco SANTORO

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente: Pasquale PAONE
Vice Presidente: Marco SANTORO
Componenti: Enrico BIANCHI
Marco GIORGI
Sara ZANARELLO

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente: Marco CAPELLINI
Componenti: Alessio CURTO
Linda BASCIALLA
Revisore Supplente: Marco VITALI

**VIALE MILANO, 27
21100 VARESE
TEL. 0332 232401
FAX 0332 235659**

**E-MAIL: info@omceovarese.it
PEC: protocollo@pec.omceovarese.it**

Bollettino OMGeO Varese

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

VIALE MILANO, 27
21100 VARESE
TEL. 0332 232401
FAX 0332 235659
www.omceovarese.it

Direttore Responsabile: Giovanna BERETTA
Caporedattore: Andrea GIACOMETTI
Comitato di Redazione: Massimo Dario BIANCHI
Teodora Maria GANDINI
Cristina MASCHERONI
Pasquale PAONE

Segreteria di Redazione: Anna CILUMBRIELLO
Viviana FALASCINA
Sara GILARDI
Elva GRAVINA
Ilaria ROSSETTI

Progetto grafico: Maria CANTINI

Gli articoli sono pubblicati sotto l'esclusiva responsabilità dei autori, le idee sono personali e non impegnano la Direzione del Bollettino

I contributi per il bollettino dovranno essere inviati a: bollettino@omceovarese.it e verranno pubblicati secondo l'insindacabile giudizio del Comitato di Redazione.

2 | 2026 Sommario

EDITORIALE

Varese, futuro hub per ragionare sulla sanità 4

PRESENTAZIONE 6

I SALUTI DELLE AUTORITÀ 11

INTERVENTI ISTITUZIONALI 18

INTERVENTI RELATORI DELLE SESSIONI DEL 19 E 20 MARZO 24

COME SOSTENERE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 24

DALLA SCIENZA ALLA CURA 30

FARMACI INNOVATIVI E ACCESSO PRECOCE 37

LEA E PRONTUARIO FARMACEUTICO 46

SALUTE CIRCOLARE APPLICATA ALL'ANTIBIOTICORESISTENZA, L'EMPOWERMENT DEL CITTADINO A SOSTEGNO DELLE POLITICHE SANITARIE - 20 MARZO, FOCUS ON 54

PAYBACK FARMACEUTICO E CLAUSOLE DI SALVAGUARDIA 56

PREVIDENZA INTEGRATIVA E WELFARE SANITARIO 63

RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI 69

SANITÀ DIGITALE E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA 73

MANIFESTO DELLE ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI E TERZO SETTORE 79

VILLAGGIO DELLA SALUTE - PREVENZIONE E TERRITORIO 84

VARESE, FUTURO HUB PER RAGIONARE SULLA SANITÀ

di **Giovanna Beretta**
Presidente **OMCeO Varese**



Gli Stati Generali dell'Economia della Salute svoltisi a Varese dal 19 al 21 marzo 2026 sono stati tre giorni in cui i temi più urgenti del sistema sanitario nazionale sono stati letti attraverso la lente dell'economia reale. Un appuntamento dedicato alla sanità che si è articolato in relazioni, panel di discussione, interventi di esperti e realtà associative. Un quadro d'insieme che è difficile ritrovare in un dibattito che, su questi temi, sempre più spesso appare sfilacciato e disomogeneo, non privo di stereotipi e luoghi comuni. Qui il tentativo, all'opposto, è stato quello di proporre un'analisi della sanità a 360 gradi, eleggendo Varese a "lab" di un confronto rigoroso tra istituzioni, camici bianchi, terzo settore, un dibattito ricco di considerazioni interessanti e di spunti di riflessione. Per tale ragione si è deciso di ospitare l'ampio materiale prodotto da quella tre giorni su un numero

speciale del nostro Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Varese. Un veicolo capace di dare maggiore diffusione ad una riflessione corale su opportunità e criticità del nostro sistema sanitario.

Obiettivo principale degli Stati Generali è stato, a nostro parere, quello di ragionare sulle prospettive future della sanità nazionale, punto nevralgico del Paese, banco di prova della capacità della politica di programmare e finanziare il nostro sistema, fronte su cui noi medici ci troviamo in prima linea, ogni giorno, con competenza e professionalità, in un'alleanza sempre più stretta con le realtà del volontariato. Qualità e sostenibilità appaiono oggi come le colonne del nostro sistema sanitario, ma non ci si può nascondere che, nello stesso tempo, si devono fare i conti con i grandi mutamenti tecnologici, sociali, culturali, che contribuiscono a riformulare il quadro di riferimento.

Ringraziamo, per la concessione di pubblicare questo materiale sul Bollettino, il Dottor Carlo Nicora, Direttore scientifico di un evento che ha richiamato alcuni tra i massimi esperti sul mondo sanitario alle Ville Ponti. Un momento che auspichiamo possa svilupparsi con ulteriori

occasioni di approfondimento, e che ciò possa avvenire a Varese, città che si è rivelata capace di organizzare l'incontro e di mostrare un'attenzione specifica per il mondo della sanità, andando oltre un dibattito a compartimenti stagni e alla ricerche di inedite sinergie.



VARESE CAPITALE NAZIONALE DEL DIBATTITO PER UNIRE SALUTE ED ECONOMIA

Per la prima volta in Italia, il mondo della salute e il mondo dell'economia si sono incontrati in un evento strutturato, articolato e aperto ai cittadini. Dal 19 al 21 marzo 2026, a Varese presso Villa Andrea, si sono svolti gli Stati Generali dell'Economia della Salute: tre giorni intensi, 106 relatori, oltre 50 enti e istituzioni co-promotori, con un programma che ha attraversato i temi più urgenti del sistema sanitario nazionale attraverso la lente dell'economia reale. Un'iniziativa che ha segnato un cambio di paradigma nel modo in cui il Paese affronta il tema della salute. La scelta del titolo — Economia della Salute — non è casuale. Non si è voluto parlare di "sanità" né di "sistema sanitario nazionale" in senso stretto, ma di qualcosa di più ampio e più preciso: la salute come componente strutturale dell'economia del Paese. Una tesi dichiarata fin dal primo panel: la salute non è



separabile dall'economia, ne è parte integrante. Le due dimensioni — troppo spesso trattate come mondi distanti — dialogano invece profondamente, e governare bene questo dialogo è una condizione essenziale per la tenuta del sistema nel medio e lungo periodo. Il format dell'evento ha rispecchiato questa ambizione su più livelli. Accanto alle sessioni tecniche e istituzionali — dedicate alla governance del SSN, all'innovazione farmacologica e tecnologica, al prontuario

terapeutico, ai LEA e alla sostenibilità finanziaria — la tre giorni ha incluso momenti di confronto diretto con la popolazione e con le generazioni future. Il "Villaggio della Salute" del sabato ha portato trenta specialità mediche in un format aperto e partecipato, rivolto ai cittadini. Il venerdì, oltre trecento studenti tra i 18 e i 28 anni hanno dialogato in diretta con i principali protagonisti istituzionali, in un confronto generazionale che ha rappresentato uno degli elementi più innovativi dell'intera iniziativa.

L'agenda tematica ha affrontato nodi strutturali ben definiti: la crescita della spesa sanitaria pubblica e privata out of pocket, l'invecchiamento della popolazione, la pressione sul modello universalistico, il payback farmaceutico, le clausole di salvaguardia, il Fondo per i Farmaci Innovativi, il riordino del prontuario, il ruolo delle regioni nella programmazione e allocazione delle risorse. Tre parole chiave hanno fatto da filo conduttore: appropriatezza, responsabilità condivisa, scelta — intesa come scelta politica fondata su dati, evidenze e confronto tra tutti gli attori del sistema.

Gli Stati Generali dell'Economia della Salute non si sono configurati come un convegno tra i tanti, ma come il lancio di una piattaforma di lavoro permanente: un processo che non si esaurisce con l'evento, ma che punta a produrre proposte concrete, un'agenda politica condivisa e impegni esigibili verso chi ha il man-



dato di decidere. Una scommessa ambiziosa, raccolta da oltre 50 tra enti, istituzioni e associazioni co-promotrici: un segnale inequivocabile che il tema è maturo e che il Paese è pronto a trattarlo con la serietà e la visione strategica che merita.

L'appuntamento è già fissato per il 2027: tornare a Varese a verificare, uno per uno, cosa è cambiato, cosa è stato fatto, cosa resta ancora da fare. Non come rito celebrativo, ma come atto di responsabilità collettiva verso un sistema sanitario nazionale e regionale, risorsa preziosa per tutti i cittadini.

EMANUELE MONTI: NON UN CONVEGNO, MA UNA PIATTAFORMA

L'intervento del Presidente della Commissione IX di Regione Lombardia e componente dell'Executive Board di AIFA

«**N**e abbiamo troppi di convegni. Questo vuole essere qualcosa di diverso: una piattaforma di lavoro.» Con queste parole Emanuele Monti, Presidente della Commissione IX Sostenibilità Sociale di Regione Lombardia e componente dell'Executive Board di AIFA, ha fissato le coordinate dell'iniziativa fin dai saluti di apertura degli Stati Generali dell'Economia della Salute, sintetizzando in poche righe la filosofia che ha guidato l'intera costruzione dell'evento. Il punto di partenza è una constatazione semplice quanto dirompente: i convegni sulla sanità sono numerosi, spesso autoreferenziali, raramente tradotti in impatto reale sulle politiche. Gli Stati Generali nascono con l'ambizione opposta: costruire un processo, non un evento. Un percorso che non si chiude dopo tre giorni, ma che deve generare proposte verificabili, agenda condivisa e impegni concreti nel tempo. L'obiettivo

dichiarato è trasformare il dibattito in azione: portare l'economia della salute stabilmente nell'agenda politica e istituzionale del Paese. L'impostazione del format riflette questa filosofia su tre livelli distinti ma profondamente connessi. Il primo, quello istituzionale e tecnico: sessioni ad alto livello con relatori di primo piano tra il mondo politico, sanitario, economico e industriale, con un programma che ha attraversato i nodi strutturali del sistema — dalla governance del SSN all'innovazione farmaceutica, dal payback farmaceutico alle politiche regionali sulla cronicità. Il secondo, quello generazionale: oltre trecento studenti — dalle scuole superiori agli specializzandi in medicina — hanno partecipato attivamente a una giornata dedicata, incontrando i protagonisti dell'evento in un dialogo diretto e senza copione. Non spettatori, ma interlocutori: protagonisti di un confronto che guarda al futuro del sistema sanitario con chi quel sistema lo eredita e avrà la responsabilità di governarlo. Il terzo livello, quello civico: il Villaggio della Salute del sabato, aperto a tutti i cittadini, con trenta discipline mediche a confronto diretto con la popolazione.



Anche la governance dell'evento è stata pensata come un messaggio di metodo. Alla domanda "chi organizza?", la risposta non è un singolo ente né un singolo nome: sono oltre 50 i soggetti co-promotori, tra enti pubblici, istituzioni sanitarie, associazioni di categoria e organizzazioni del terzo settore. Una scelta che non è solo organizzativa: è la dimostrazione pratica che le sfide del sistema salute richiedono convergenza di soggetti, competenze e mandati diversi. La visione che Monti ha consegnato all'evento è quella di un ecosistema in costruzione permanente, aperto all'adesione di nuovi soggetti, capace di trasformare il confronto in politiche concrete e misurabili. Le porte, come ha dichiarato, restano aperte a chiunque voglia contribuire. Un'apertura che non è retorica, ma un invito preciso: il lavoro necessario non è finito con l'evento. È cominciato qui, con l'obiettivo di diventare un appuntamento fisso nell'agenda della salute italiana.

CARLO NICORA: QUANTO POSSIAMO PERMETTERCI DI NON INVESTIRE IN SALUTE?

Carlo Nicora, Direttore Scientifico dell'evento, ha costruito in tre giorni un framework analitico e propositivo: la salute come leva economica, la prevenzione come investimento, la responsabilità condivisa come unica via praticabile

Tre giorni, cinque interventi, un'unica tesi di fondo — coerente, documentata, argomentata con rigore scientifico e portata avanti con la stessa disciplina intellettuale dall'apertura alla chiusura dei lavori. Carlo Nicora, Direttore Scientifico degli Stati Generali dell'Economia della Salute (Varese, 19-21 marzo 2026), ha consegnato al dibattito nazionale un framework di analisi che vale la pena leggere nella sua interezza, perché riguarda da vicino chiunque lavori nel sistema sanitario — e in primo luogo i medici. Il punto di partenza è una scelta lessicale precisa. «Il titolo che abbiamo scelto non è casuale: Economia della Salute, non sanità, non sistema sanitario nazionale. È una scelta che contiene già una tesi precisa: la salute non è separata dall'economia reale del Paese, ne è parte integrante.» Non una sfumatura di comunicazione, ma un cambio di paradigma con implicazioni politiche e professionali concrete.



I dati portati a supporto di questa tesi sono stringenti. La sanità vale oltre il 6% del PIL nazionale — 138 miliardi di euro nel 2024 secondo la Ragioneria Generale dello Stato. Aggiungendo la spesa privata delle famiglie si supera l'8,5%, pari a oltre 176 miliardi complessivi. Il settore

occupa più di un milione di professionisti sanitari attivi nel Paese. E genera indotto industriale in filiere ad alto valore aggiunto: farmaceutica, dispositivi medici, Medtech, biotech, intelligenza artificiale applicata alla diagnostica. Non una voce passiva del bilancio pubblico: un ecosistema economico tra i più rilevanti del Paese. A questo si aggiunge la dimensione demografica, spesso citata ma raramente tradotta nelle sue implicazioni reali di sistema. Sono oggi oltre 14 milioni gli italiani over 65 — il 24,3% della popolazione. Gli ultra ottantacinquenni, i cosiddetti grandi anziani, hanno già superato 2 milioni e 422mila unità. Nel 1978, all'avvio del Servizio Sanitario Nazionale, gli over 65 erano 7 milioni: la metà. Una popolazione che «non chiede solo cure, ma servizi, tecnologia, qualità di vita» — e che configura una silver economy in crescita strutturale destinata a definire l'agenda sanitaria del prossimo ventennio.

Sul fronte della prevenzione, i dati sono altrettanto perentori. Ogni euro investito in prevenzione genera, secondo le stime di Meridiano Sanità, quasi 3 euro di risparmio in cure e riabilitazione nell'arco di un decennio. Se si considera l'intera filiera socio-assistenziale, la Commissione Europea porta questo moltiplicatore a 14. «In Italia la prevenzione è ancora trattata come la Cenerentola del sistema sanitario — finanziata per ultima, valorizzata solo quando qualcosa va storto.» Un ritardo che non è solo culturale: è economicamente irrazionale e clinicamente insostenibile nel medio periodo. Di fronte a questi numeri, «a domanda non è quanto possiamo permetterci di spendere in sanità. La domanda è quanto possiamo permetterci di non investire in salute.» Una riformulazione che non è retorica, ma metodologica: cambia il frame di riferimento, cambia la natura delle scelte politiche, cambia il tipo di responsabilità che viene chiamata in causa. Ed è per questo che «i problemi del SSN non si risolvono nel solo perimetro tecnico della sanità. Si risolvono nell'intersezione tra finanza pubblica, governance regionale, politica industriale e innovazione

tecnologica.» Una lettura che implica anche, per i professionisti della salute, la necessità di portare la propria competenza tecnica in tavoli di confronto più ampi e più complessi di quelli disciplinari abituali. Il mandato scientifico dichiarato da Nicora per l'intera tre giorni si è fondato su tre pilastri: metodo, evidenza, concretezza. «Che non ci si fermi alle posizioni di principio. Che ogni affermazione sia verificabile, ogni proposta sia praticabile, ogni impegno sia esigibile.» Nella seconda giornata si è aggiunta una quarta parola — insieme — emersa in modo ricorrente come condizione imprescindibile per qualsiasi soluzione reale. «I dati, da soli, non cambiano nulla»: è la volontà collettiva di trasformarli in agenda concreta che produce risultati. Nella giornata dedicata ai cittadini e alle associazioni, il 21 marzo, Nicora ha articolato con precisione il concetto di responsabilità condivisa, identificando quattro attori ciascuno indispensabile: «la responsabilità dello Stato, che deve garantire diritti esigibili; la responsabilità delle Regioni, che devono farlo in modo omogeneo su tutto il territorio; la responsabilità dei professionisti, che devono operare con competenza e

appropriatezza; e la responsabilità di ciascuno di noi, cittadini, che possiamo scegliere ogni giorno di prenderci cura della nostra salute.» Nessuno dei quattro, da solo, è sufficiente. La responsabilità dei professionisti sanitari è citata esplicitamente: competenza e appropriatezza come contributo concreto alla sostenibilità del sistema. La chiusura del 21 marzo ha sintetizzato il bilancio dei tre giorni con una frase che vale come bussola permanente: «Le migliori politiche sanitarie nascono dall'incontro tra competenza tecnica, decisione politica ed esperienza vissuta. Nessuna delle tre, da sola, è sufficiente.» E ha lasciato aperta la prospettiva: «Torneremo l'anno prossimo per misurare insieme cosa è cambiato, cosa si è fatto, cosa resta ancora da fare.» La frase che meglio condensa il pensiero di Nicora, e che risuona in modo particolare per chi opera ogni giorno nel sistema, è quella con cui si è chiuso l'evento: «La cura è un diritto che non si merita, si garantisce. La sostenibilità del sistema è un dovere che si costruisce insieme.» Una sintesi che vale come punto di partenza per l'agenda della sanità italiana nel 2027.

IL MINISTRO DELLA SALUTE AGLI STATI GENERALI: INNOVAZIONE, SOSTENIBILITÀ E TERRITORIO

Orazio Schillaci | Ministro della Salute

I Ministro della Salute, Professor Orazio Schillaci, ha preso parte agli Stati Generali dell'Economia della Salute con un videomessaggio, rivolgendo il proprio saluto agli organizzatori, alle autorità presenti, ai relatori e ai partecipanti alla tre giorni di Varese. Nel suo intervento il Ministro ha individuato le tre grandi forze di trasformazione del sistema sanitario nazionale: l'invecchiamento della popolazione, la crescita delle patologie croniche e il progresso della ricerca scientifica e delle tecnologie applicate alla medicina. Dinamiche che impongono una programmazione della spesa sanitaria più attenta e una rinnovata capacità di collaborazione tra Stato e Regioni. Il Governo, ha sottolineato il Ministro Schillaci, sta lavorando al rafforzamento della sanità pubblica su due direttrici principali. Da un lato il potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale, sostenuto dall'incremento del Fondo Sanitario Nazionale previsto nella manovra finanziaria per il 2026.



Dall'altro, il rilancio della prevenzione come leva prioritaria: investire in corretti stili di vita e in programmi di screening permette di prevenire numerose patologie, con benefici simultanei per la salute individuale e per l'equilibrio della spesa collettiva. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è richiamato come strumento abilitante per due direttrici strategiche

di lungo periodo: il rafforzamento della medicina territoriale e lo sviluppo della sanità digitale. È nell'integrazione virtuosa tra territorio, ospedale e innovazione tecnologica che il Ministro indica la strada più efficace per un sistema sanitario nazionale capace di rispondere ai bisogni dei cittadini con qualità, equità ed efficienza.

IL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE: SALUTE, SCUOLA E LA PRIMA ASSICURAZIONE PER I DOCENTI

Giuseppe Valditara | Ministro dell'Istruzione e del Merito

Il Ministro dell'Istruzione e del Merito, Professor Giuseppe Valditara, ha inviato un messaggio scritto agli Stati Generali dell'Economia della Salute, esprimendo apprezzamento per l'iniziativa e per il lavoro svolto dai promotori dell'evento. Nel suo messaggio il Ministro ha richiamato il nesso fondamentale tra istruzione e salute pubblica, sottolineando come la scuola rappresenti il luogo privilegiato in cui si formano

le abitudini, si costruisce la cultura della prevenzione e si trasmettono i comportamenti che determinano la salute dei cittadini nel corso della vita. La formazione sanitaria dei giovani non è accessoria rispetto al mandato educativo: ne è parte integrante. Il Ministro Valditara ha illustrato alcune delle iniziative già avviate dal Ministero in questa direzione: programmi di educazione alimentare, azioni di prevenzione contro le dipendenze e



una collaborazione con Coldiretti per promuovere la sostenibilità nell'alimentazione, in coerenza con i principi di salute globale e tutela ambientale. Di particolare rilievo è l'annuncio della prima assicurazione sanitaria gratuita per i lavoratori della scuola, sostenuta da un impegno finanziario di 320 milioni di euro distribuiti in quattro anni. Una misura che riconosce l'importanza della tutela della salute dei professionisti dell'istruzione come condizione essenziale per la qualità del servizio educativo, e che introduce una copertura integrativa per una categoria fino ad oggi esclusa da tali benefici.



IL MINISTRO PER LA DISABILITÀ: LA PERSONA AL CENTRO, RIFORMA DELLA DISABILITÀ E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Alessandra Locatelli | Ministro per le Disabilità

Alessandra Locatelli, Ministro per le Disabilità, ha preso parte agli Stati Generali dell'Economia della Salute con un intervento in collegamento a distanza, portando al centro del dibattito una dimensione spesso trascurata nelle discussioni sulla sostenibilità sanitaria: il benessere della persona nella sua integralità.

«Benessere e salute sono legati a 360 gradi alla vita della persona», ha esordito il Ministro. Un'affermazione apparentemente semplice, che contiene però una critica precisa all'architettura del sistema: oggi chi ha bisogno di cura si trova a navigare tra competenze separate — sanitarie, sociosanitarie, sociali — che raramente comunicano tra loro. Una persona non è un caso di competenza sanitaria o un caso di competenza sociale: è una persona intera, con bisogni complessi che richiedono risposte integrate. La riforma sulla disabilità in corso — incentrata sul concetto di progetto di vita — nasce esattamente da questa



consapevolezza. Per la prima volta, ha spiegato Locatelli, la norma chiede che la presa in carico tenga insieme le diverse dimensioni dell'esistenza, superando le frammentazioni istituzionali. Un cambiamento che riguarda non solo le persone con disabilità in senso stretto, ma anche chi convive con malattie cronico-degenerative o oncologiche: categorie che comprendono milioni di italiani e che pongono al sistema la stessa domanda di continuità e dignità. Il Ministro ha citato il protocollo DAMA

dell'ospedale di Circolo di Varese come esempio virtuoso di percorso costruito su misura del paziente — e ha voluto sottolineare che questi modelli non sono solo eticamente giusti, ma anche economicamente efficienti. Ridurre i passaggi ridondanti, garantire continuità, evitare i ricoveri impropri: sono obiettivi che migliorano la qualità della vita e abbattano i costi del sistema insieme. L'integrazione sociosanitaria, ha concluso, non è una visione ideale: è la strategia più razionale disponibile.

IL MINISTRO URSO: LA FILIERA DELLA SALUTE COME PILASTRO INDUSTRIALE E LEVA STRATEGICA

Adolfo Urso | Ministro delle Imprese e del Made in Italy

Il Ministro delle Imprese e del Made in Italy, Senatore Adolfo Urso, ha inviato un messaggio agli Stati Generali dell'Economia della Salute, nel quale ha posto l'accento sul ruolo strategico della filiera della salute nell'economia nazionale e nella proiezione industriale del Paese. Nel suo intervento il Ministro ha evidenziato come la filiera della salute rappresenti uno dei pilastri produttivi dell'Italia, con esportazioni che si avvicinano ai 60 miliardi di euro e una posizione di rilievo nel panorama manifatturiero europeo e mondiale.



In questo quadro, il Governo intende incentivare la produzione nazionale di materie prime e principi attivi farmaceutici, riducendo la dipendenza dall'approvvigionamento estero e rafforzando la capacità produttiva domestica in un settore ad alto valore aggiunto.

Il Ministro Urso ha inoltre richiamato il piano Transizione 5.0, reso strutturale con una dotazione di 8,4 miliardi di euro destinati alla digitalizzazione e alla transizione ecologica del sistema produttivo. Una misura che interessa l'intera manifattura italiana e che per

la filiera farmaceutica e biomedicale rappresenta un'opportunità concreta di ammodernamento e rilancio competitivo. La formula con cui il Ministro ha concluso il proprio messaggio sintetizza con efficacia la visione del Governo: «La salute è leva di indipendenza strategica.» Un'affermazione che colloca il tema sanitario al crocevia tra politica industriale, sicurezza nazionale e benessere collettivo, riconoscendo alla salute una dimensione che va ben oltre il perimetro del solo Ministero competente.

IL PREFETTO DI VARESE: COLLABORAZIONE, TERRITORIO E PREVENZIONE COME METODO DI SISTEMA

Salvatore Pasquariello | Prefetto della Provincia di Varese

Il Prefetto della Provincia di Varese, Dottor Salvatore Pasquariello, ha portato il saluto delle istituzioni dello Stato agli Stati Generali dell'Economia della Salute, sottolineando il significato dell'evento e la qualità della partecipazione istituzionale raccolta in questa sede. La presenza di rappresentanti delle

istituzioni nazionali e regionali, del mondo accademico, della sanità, della ricerca e delle imprese testimonia, secondo il Prefetto Pasquariello, quanto il tema dell'economia della salute sia oggi centrale per il futuro del Paese. Tre le parole chiave che il Prefetto ha posto al cuore del proprio intervento. La prima è collaborazione: le sfide strutturali che il sistema sanitario affronta — invecchiamento della popolazione, crescita delle patologie croniche, costi dell'innovazione tecnologica e farmaceutica — non possono essere affrontate da nessuna istituzione in modo isolato. Richiedono un dialogo costante e costruttivo tra Stato, Regioni, enti locali, sistema sanitario, università e mondo produttivo. La Conferenza provinciale permanente è citata come strumento già operativo in questa direzione. La seconda è territorio: le strategie nazionali diventano efficaci solo quando si traducono in politiche concrete, vicine ai cittadini e ai loro bisogni reali di cura, assistenza e prevenzione.



La Provincia di Varese offre in questo senso un ecosistema di eccellenza: sistema sanitario di qualità, realtà universitarie e di ricerca, tessuto economico dinamico e una consolidata tradizione di impegno civico. La terza è prevenzione: un concetto trasversale che tocca l'intera vita delle comunità. Il Villaggio della Salute aperto ai cittadini, previsto nel programma della tre giorni, è indicato come esempio virtuoso di come la sostenibilità del sistema sanitario passi anche dalla consapevolezza e dalla partecipazione attiva della popolazione.



IL SINDACO DI VARESE: IL RUOLO DEGLI ENTI LOCALI NELLA SALUTE DEI TERRITORI

Il Sindaco di Varese Davide Galimberti

Il Sindaco di Varese, Dottor Davide Galimberti, ha recato il saluto della città che ospita gli Stati Generali dell'Economia della Salute, ricordando come Varese sia un territorio storicamente vocato al benessere, all'innovazione e alla qualità della vita — caratteristiche che rendono questa sede particolarmente significativa per un evento di tale portata.

Nel suo intervento il Sindaco Galimberti ha affrontato un tema che ritiene sottovalutato nel dibattito sulla governance sanitaria: il ruolo

degli enti locali. A fronte delle evoluzioni normative degli ultimi decenni, Comuni e Province hanno visto ridursi progressivamente il proprio spazio di azione in ambito sanitario. Il Sindaco ha richiamato l'attenzione su questa marginalizzazione, sostenendo con convinzione che gli enti locali — in quanto soggetti più prossimi ai cittadini — possono e devono costituire un punto di riferimento importante per le politiche di salute territoriale. Tre i contributi specifici che il Sindaco ha indicato come propri del livello



municipale. Il primo è la prevenzione: i Comuni svolgono già oggi, in collaborazione con le associazioni, presidi di salute non solo nei centri urbani ma anche nelle periferie. Il secondo è la pianificazione territoriale: l'individuazione dei presidi sanitari, dei punti di prossimità e dei luoghi di erogazione delle cure è un atto che si interseca con le competenze urbanistiche e di programmazione locale. Il terzo è l'informazione: in un ecosistema comunicativo frammentato, gli enti locali possono svolgere un ruolo attivo di orientamento dei cittadini verso i servizi più appropriati, contribuendo a ridurre l'uso improprio delle strutture di emergenza-urgenza.



LA CAMERA DI COMMERCIO DI VARESE: UN TERRITORIO MULTISETTORIALE A FIANCO DELL'EVENTO

Il Presidente della Camera di Commercio di Varese Mauro Vitiello

Il Presidente della Camera di Commercio di Varese, Dottor Mauro Vitiello, ha portato il saluto del sistema economico provinciale agli Stati Generali dell'Economia della Salute, offrendo una lettura del territorio varesino in chiave produttiva e industriale.

Il Presidente Vitiello ha scelto il linguaggio dei numeri per descrivere Varese: 47 imprese per chilometro quadrato, a fronte di una media nazionale di 17 e di una media lombarda di 34. Sei imprese manifatturiere per chilometro quadrato, contro l'1,4 della media nazionale e il 3,4 di quella regionale. Una densità produttiva che colloca la provincia tra le più dinamiche del Paese e che è il frutto di una tradizione imprenditoriale di lungo corso.

A distinguere Varese da altri territori altrettanto produttivi è, secondo il Presidente, la multisettorialità: mentre il 52% del PIL delle province più virtuose d'Italia si concentra



tipicamente in due o tre comparti, il territorio varesino è distribuito su cinque o sei settori distinti. Una diversificazione che conferisce resilienza e capacità di innovazione, come dimostra la trasformazione del territorio da distretto tessile a polo manifatturiero ad alta tecnologia. A sostenere questa evoluzione concorrono la presenza di due atenei universitari, il Joint Research Centre di ISPRA con i suoi 1.400 ricercatori,

una scuola europea con oltre 1.300 studenti e la prossimità a Milano e all'aeroporto di Malpensa. Un ecosistema di conoscenza, ricerca e connettività che costituisce l'infrastruttura naturale per iniziative come gli Stati Generali dell'Economia della Salute. Il Presidente Vitiello ha concluso ribadendo la disponibilità della Camera di Commercio ad affiancare chiunque intenda sviluppare progettualità sul territorio provinciale.

IL VIRUS DELLA BUROCRAZIA: IL SISTEMA SANITARIO HA BISOGNO DI FARE PRESTO

Guido Bertolaso | Assessore al Welfare della Regione Lombardia

Guido Bertolaso, Assessore al Welfare di Regione Lombardia, ha portato agli Stati Generali dell'Economia della Salute un intervento che ha attraversato dati, storie concrete e una diagnosi diretta del problema più profondo del sistema sanitario italiano: la perdita sistematica di tempo in un'epoca in cui il tempo è la risorsa più scarsa e più preziosa. Un messaggio che riguarda da vicino ogni professionista della salute.

Il paradosso è tutto nei numeri. Negli anni Sessanta, l'Autostrada del Sole fu costruita a una media di 95 km all'anno, con penna, compasso e calcolatrice. Il fascicolo sanitario elettronico è rimasto incompiuto per 14 anni. In un'epoca in cui un nuovo iPhone esce ogni dodici mesi e un vaccino anti-Covid è stato sviluppato in un anno — contro i cinque canonici — le istituzioni pubbliche si muovono in direzione opposta, aumentando la propria lentezza mentre tutto il resto accelera.



La diagnosi di Bertolaso è netta: il "virus" che infetta qualsiasi ragionamento sul sistema sanitario si chiama burocrazia difensiva. Quella che costringe il medico a trascorrere due ore al computer per adempimenti amministrativi e solo un'ora sul paziente. Che porta a impiegare 20 minuti per compilare un Piano di Assistenza Individuale contro i 15 della visita clinica. Che assorbe il 30% del tempo dei professionisti in attività non cliniche. Che in Regione Lombardia significa operare con 11 software non interoperabili tra loro. Che paralizza le autorizzazioni preventive e spinge i cittadini a rinunciare alle cure non

per le liste d'attesa, ma perché non riescono ad orientarsi nelle procedure: ricette scadute, codici fiscali errati, iter incomprensibili. Una burocrazia non solo costosa, ma clinicamente controproducente.

La risposta concreta di Regione Lombardia è il Nucleo Operativo Interdisciplinare — chiamato NOI, non per caso — un gruppo di lavoro incaricato di misurare il carico burocratico reale e adottare misure sistematiche per ridurlo. L'obiettivo non è eliminare la burocrazia, ha precisato Bertolaso, ma trasformarla: da burocrazia conflittuale, che precede e condiziona ogni azione professionale, a burocrazia amica, che la segue e la facilita. Un cambio di postura che richiede norma nazionale, ma che la Lombardia è disposta ad anticipare anche in autonomia.

Due esempi concreti dimostrano che la strada è percorribile. Il recupero dei ragazzi di Krans Montana, riportati a casa in tempi record bypassando le procedure ordinarie: «Se avessimo dovuto seguire le procedure burocratiche, sarebbero ancora in Svizzera.» E le Olimpiadi invernali 2026: in meno di due anni completati gli interventi strutturali in Valtellina e aggiornate tre strutture sanitarie. «Abbiamo dimostrato che si può fare.» La posta in gioco non è solo l'efficienza amministrativa: è la capacità del Paese di garantire a tutti il diritto alle cure nel momento esatto in cui servono.

TESTO UNICO DELLA FARMACEUTICA: ATTUALIZZARE LA LEGGE 833 PER IL PAESE CHE SIAMO DIVENTATI

Marcello Gemmato | Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute

La legge 833 del 1978 che istituì il Servizio Sanitario Nazionale rispondeva a una società radicalmente diversa da quella attuale. L'Italia del boom economico era giovane, faceva figli, e le patologie croniche erano ancora marginali. Oggi il coefficiente di fertilità è di 1,18 bambini per donna — il dato più basso in Europa — l'aspettativa di vita ha raggiunto gli 85,6 anni di media e l'80% del Fondo Sanitario Nazionale è assorbito dalla gestione delle malattie croniche. È con questa premessa che il Sottosegretario al Ministero della Salute, Marcello Gemmato, ha illustrato agli Stati Generali la logica del testo unico sulla legislazione farmaceutica. Il quadro normativo di riferimento resta ancorato a regi decreti del 1934 e del 1938, su cui si sono stratificati 100 leggi e 700 provvedimenti in quasi un secolo di storia repubblicana. Un «nuovo legislativo» che genera incertezza per i cittadini e per le imprese, e che penalizza la capacità dell'Italia di attrarre investimenti farmaceutici internazionali

in un momento in cui la competizione globale è più intensa che mai. I numeri dell'industria farmaceutica italiana parlano da soli. La produzione ha superato quella tedesca, raggiungendo 70 miliardi di euro — 68 destinati all'export — e collocando l'Italia come quarto paese esportatore mondiale. Sul versante del Fondo Sanitario, il governo ha portato il finanziamento da 114 miliardi del 2019 ai 143 miliardi dell'ultima legge di bilancio: 18 miliardi in più in soli due anni, confermando i livelli di spesa del periodo Covid anche in assenza di quelle emergenze straordinarie. Il tetto della farmaceutica è stato alzato dal 15,3 al 15,5% del FSN. Il payback sull'1,83% è stato abolito.

Il tema geopolitico è quello che Gemmato ha indicato come più urgente: l'80% dei principi attivi per i farmaci salvavita viene prodotto in India e Cina. Una crisi diplomatica potrebbe lasciare l'Italia senza farmaci essenziali in poche settimane. Il testo unico rilancerà la produzione nazionale come



misura di sicurezza strategica: «Non possiamo immolare sull'altare di qualche centesimo un importante asset strategico.» È un ritorno alla tradizione della chimica farmaceutica di base degli anni Ottanta, quando l'Italia era uno dei protagonisti mondiali del settore. La sostenibilità del sistema non si costruisce rinunciando all'innovazione, ma governandola. «O non usiamo più nuovi farmaci o non curiamo più gli italiani»: tra questi estremi, ha ricordato, il buon senso è l'unica bussola affidabile. I provvedimenti, ha concluso, vanno condivisi con tutti gli stakeholder — tratto distintivo, ha sottolineato, dell'approccio del governo in carica.

L'OSPEDALOCENTRISMO È SUPERATO: IL FUTURO DEL SSN È NEL TERRITORIO E NELLA PRESA IN CARICO DEL CRONICO

Attilio Fontana | Presidente, Regione Lombardia

«Abbiamo un'organizzazione che risente di una visione di 50 anni fa.» Attilio Fontana, Presidente della Regione Lombardia, ha identificato nell'ospedalocentrismo la radice strutturale dei problemi che affliggono il sistema sanitario — un modello costruito per una società e un'epidemiologia che non esistono più, e che va radicalmente ripensato.

La diagnosi è supportata da un dato eloquente: nel 2024 l'ATS di Milano ha incrementato l'offerta ambulatoriale del 2%, ma la domanda è aumentata del 27%. Non siamo in un contesto pandemico: qualcosa nell'organizzazione di sistema non funziona, e aggiungere risorse senza cambiare il modello non risolverebbe nulla. «Se qualcuno dice che l'unico modo per risolvere i problemi è mettere più soldi, dimostra di non conoscere i problemi reali.»

La direzione indicata da Fontana è quella dell'inversione: l'ospedale



deve diventare il punto eccezionale, riservato alle acuzie e alle complessità cliniche che richiedono strutture specializzate. Le patologie croniche — che rappresentano la maggioranza assoluta del carico clinico e di spesa — devono essere intercettate, monitorate e gestite sul territorio, in un rapporto diretto e continuativo tra medico e paziente. Prevenzione, medicina territoriale e telemedicina sono le tre leve che Fontana ha indicato come prioritarie. Le liste d'attesa, ha sottolineato, «risulteranno sempre complesse se non si modifica l'organizzazione».

Sul modello lombardo di integrazione pubblico-privato, Fontana ha sgombrato il campo da equivoci ideologici con una formulazione precisa: «In Lombardia il rapporto funziona a condizione che sia il pubblico a dirigere l'attività del privato. Non è il privato che sceglie cosa fare: è il pubblico che chiede di intervenire dove c'è necessità.» Una regia pubblica che garantisce l'equità di accesso, valorizzando al contempo l'efficienza operativa del privato accreditato.

Il messaggio del Presidente Fontana traduce in linguaggio politico quello che la clinica quotidiana già conosce: le liste d'attesa non si risolvono aumentando i volumi, ma cambiando il punto di accesso al sistema. Quando il territorio intercetta il bisogno prima che diventi urgente, l'ospedale torna a fare quello che sa fare meglio. È un cambiamento organizzativo che richiede anche un cambiamento nel ruolo e nelle competenze del medico di medicina generale: meno prescrittore, più gestore del percorso di cura.

RIFORMARE SENZA ALIBI: TERRITORIO, AI, APPROPRIATEZZA E CORAGGIO DELLE SCELTE DIFFICILI

Massimiliano Fedriga | Presidente, Regione Friuli-Venezia Giulia

«Non bastano i soldi.» Massimiliano Fedriga, Presidente del Friuli-Venezia Giulia, ha aperto il proprio intervento con una dichiarazione che raramente si sente da un amministratore regionale: il Friuli ha aumentato considerevolmente il finanziamento alla sanità con risorse proprie, ma non ha risolto tutti i problemi. Il messaggio è esplicito: senza riforma del modello organizzativo, le risorse aggiuntive producono rendimenti decrescenti.

Il punto critico è strutturale. La cronicità non può essere gestita con il modello ospedalocentrico pensato per le acuzie: l'ospedale si trova saturo non per mancanza di posti letto, ma perché assorbe bisogni che andrebbero intercettati molto prima, sul territorio. Ci sono ricoveri che sono «sociali» — persone anziane che entrano in ospedale non per necessità clinica, ma perché mancano le alternative territoriali. Il rafforzamento della medicina di territorio e delle strutture



intermedie non è un'opzione: è la risposta necessaria. Un esempio concreto di innovazione organizzativa già avviata in Friuli: un progetto con una startup che utilizza l'intelligenza artificiale per le ecografie, eseguibili direttamente dal medico di base o in farmacia. Uno strumento che sgrava in modo misurabile le liste d'attesa degli specialisti, portando la diagnostica di primo livello fuori dall'ospedale. «L'utilizzo di nuove tecnologie richiede un cambiamento dei processi: non basta dare il device.» Sul tema dell'appropriatezza, Fedriga ha usato parole nette: «Non possiamo inseguire una medicina difensiva

dove il paziente richiede le analisi. Dobbiamo difendere i medici.» Un'affermazione che solleva una questione di governance professionale cruciale: i clinici vanno protetti nelle loro scelte, non lasciati soli davanti alla pressione delle aspettative dei pazienti. La sanità usata come «arma politica», inseguendo la propaganda invece di una progettualità di lungo termine, è uno dei mali che Fedriga ha indicato con più forza.

Altri due temi sono la concentrazione delle specializzazioni complesse che non garantiscono i volumi minimi — chirurgia oncologica, punti nascita con poche nascite — non è una questione di comfort geografico: è una questione di sicurezza clinica.. «La politica deve prendersi responsabilità, e il mondo sanitario deve andargli dietro.» La seconda: il turismo sanitario non è una colpa, è un diritto costituzionale. La risposta è migliorare l'offerta, non fare demagogia. La misurazione dei risultati è un altro punto critico: l'eterogeneità dei dati tra Regioni non permette valutazioni oggettive. AGENAS può svolgere un ruolo fondamentale nel supportare le Regioni con dati comparabili e indicatori condivisi. «La politica deve prendersi responsabilità», ha concluso Fedriga senza eufemismi. E il mondo sanitario deve andarle dietro, con la competenza che solo i professionisti possono portare a decisioni di questa portata.

«VECCHIO È BELLO»: PER UNA RIVOLUZIONE CULTURALE SULLA VECCHIAIA E LA CURA DELLA PERSONA

**Monsignor Vincenzo Paglia | Presidente Emerito della Pontificia Accademia per la Vita
Presidente, Fondazione Età Grande ETS**

«**F**ra un mese compirò 82 anni. E vi dico: vecchio è bello.»

Con questa apertura disarmante Monsignor Vincenzo Paglia, Presidente Emerito della Pontificia Accademia per la Vita e Presidente della Fondazione Età Grande ETS, ha trasformato l'intervento agli Stati Generali in un appello alla rivoluzione culturale sulla vecchiaia. Il punto di partenza è un dato che Paglia ha definito senza precedenti nella storia umana: per la prima volta esiste una generazione di anziani di massa. Sono già oltre 14 milioni gli italiani over 65 — il 24% della popolazione — e i grandi anziani, gli ultra ottantacinquenni, superano i 2 milioni. «Siamo una potenza gigantesca», ha detto, con una consapevolezza che mescola orgoglio demografico e denuncia: nonostante queste dimensioni, non c'è ancora un pensiero politico e sanitario strutturato su di loro.



Il sistema sanitario e sociale non si è ancora adeguato a questa realtà. Il dato più eloquente: nel 2023 si sono registrati 1,3 milioni di ricoveri impropri — persone anziane ospedalizzate non per necessità clinica, ma per mancanza di alternative territoriali. Un costo enorme per il sistema e un danno reale per le persone. La risposta è nella Legge 33 sull'assistenza agli anziani non autosufficienti,

approvata dal governo e giudicata da Paglia «straordinaria» perché prevede il principio fondamentale che l'anziano resti a casa propria. «Non mancano i posti letto», ha detto con chiarezza, «li abbiamo nelle nostre case.» Il problema è che l'assistenza domiciliare integrata oggi offre in media 17 ore di infermiere all'anno — una presenza simbolica, ha commentato senza esitazioni: «una presa in giro».

Quello che manca non è solo la cura clinica: è la compagnia, la relazione, la presenza umana continuativa. «La solitudine diventa questione sanitaria il giorno dopo», ha ricordato — un'affermazione che richiama decenni di evidenze epidemiologiche sulla correlazione tra isolamento sociale e deterioramento della salute fisica e cognitiva. La richiesta concreta è che la legge

venga finanziata per sperimentazioni territoriali: se gli anziani sono curati a casa con continuità e dignità, il sistema spende meno — meno ricoveri impropri, meno pronto soccorso, meno complicanze. È un investimento con un ritorno misurabile, non una concessione assistenzialistica. Ma Paglia va oltre la politica sanitaria. C'è una questione culturale che la sottende: il rischio dell'egolatria

— il culto dell'io, della forza, della performance — che marginalizza la fragilità e la esclude dalla sfera del valore sociale. «Nessuno si salva da solo. Insieme si sta sempre meglio.» La fragilità condivisa diventa magistero: non una diminuzione dell'umano, ma una delle sue forme più alte. I nonni che passano tempo con i nipoti generano un valore — educativo, affettivo, economico — che «vale una finanziaria».

La visione di Paglia ha una rilevanza diretta: la cura dell'anziano è già la parte più significativa dell'attività clinica e crescerà ulteriormente. Trattarla come costruzione di condizioni di vita dignitose — e non solo come gestione della malattia — è il cambiamento di sguardo che il sistema richiede.



COME SOSTENERE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

19 MARZO – SESSIONE 1

Dai bilanci regionali alle strategie territoriali

INTEGRARE SOCIALE E SANITARIO: IL RUOLO INSOSTITUIBILE DEI COMUNI

**Sara Sant'Agostino | Presidente Dipartimento Welfare,
ANCI Lombardia**

«**D**obbiamo fare presto, ma dobbiamo fare bene.» Sara Sant'Agostino, Presidente del Dipartimento Welfare di ANCI Lombardia, ha portato al tavolo della Sessione 1 degli Stati Generali una prospettiva che completa — e tempera — la logica della velocità: correre senza integrazione rischia di moltiplicare la frammentazione del sistema anziché ridurla, lasciando invariato il problema al centro.

La criticità strutturale è di lunga data: le politiche sociali e le politiche sanitarie viaggiano su binari distinti, gestiti da soggetti diversi con finanziamenti separati e strumenti di rendicontazione non comunicanti. Il risultato lo vive ogni giorno il

cittadino fragile — quello con una cronicità, una disabilità, una condizione di vulnerabilità — che si trova a costruirsi da solo un percorso di cura inseguendo sportelli, servizi e procedure che non si parlano. La frammentazione non è un'inefficienza secondaria: è la causa principale per cui le risorse, anche quando ci sono, non raggiungono chi ne ha più bisogno.

Un segnale concreto di cambiamento esiste. Regione Lombardia ha deliberato i Piani Territoriali: per la prima volta, strategie sociali e sanitarie si sovrappongono su uno stesso piano programmatico con un impegno comune di rendicontazione. Uno strumento concreto, ma che funziona solo se tutti gli attori — Comuni, ATS, ASST, terzo



settore — si riconoscono reciprocamente il ruolo che hanno nella programmazione e lo esercitano in modo coordinato, non in stanze separate.

Il nodo è politico prima che organizzativo. Il Sindaco ha formalmente la tutela della salute dei propri cittadini, ma nella pratica quotidiana il suo spazio di azione nella governance sanitaria è minimo. Il Covid ha mostrato che i Comuni sanno agire in modo efficace anche in ambito sanitario, ma quella era un'emergenza. La sfida, oggi, è portare quella stessa capacità di coordinamento nella normalità amministrativa, strutturalmente e non episodicamente.

Le due priorità indicate da Sant'Agostino sono: ridurre la frammentazione dei servizi e ricucire le fonti di finanziamento. Sul secondo punto ha evocato, senza porsi come obiettivo immediato, la prospettiva di un fondo sociosanitario unificato che permetta di costruire progetti di vita individualizzati attorno alla persona, anziché ripartire le risorse per silos istituzionali separati.

La conclusione ha richiamato il Decreto Legislativo 62 come cornice già disponibile: mettere al centro il cittadino con i suoi bisogni reali, coinvolgendo in modo coordinato tutti i soggetti che gli lavorano attorno. Case della Comunità, Centri per la Famiglia, ambiti territoriali: strutture già esistenti che possono diventare il perno di un welfare realmente integrato — se governate insieme, non in

parallelo. Costruire progettualità condivise in questi spazi, riconoscendo a ciascun attore il ruolo che gli spetta, è la condizione per smettere di pensare il sociale e il sanitario come due sistemi paralleli e cominciare a trattarli come le due facce di uno stesso impegno verso il cittadino. Il cambiamento non richiede nuove leggi: richiede volontà politica e tavoli dove tutti siedano con mandato reale.



COME SI RIPARTISCE IL FONDO SANITARIO: NUMERI, REGOLE E UN SISTEMA DA RIFORMARE

Antonello Turturiello | Presidente STEM,
Conferenza Stato-Regioni

«Le risorse ci sono, ma non bastano mai. E non bastano anche perché non arrivano in tempo.» Antonello Turturiello, Presidente STEM della Conferenza Stato-Regioni, ha portato alla Sessione 1 degli Stati Generali un contributo tecnico di prima grandezza: un'analisi puntuale dei meccanismi di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, delle sue disfunzioni strutturali e delle leve disponibili per riformarlo. Il sistema di ripartizione del FSN si basa per il 98,5% su un unico criterio: la popolazione residente pesata per età. Solo lo 0,75% viene attribuito in base alla mortalità sotto i 75 anni, e lo stesso per gli indicatori socioeconomici. Criteri costruiti decenni fa che non rispecchiano più la realtà epidemiologica e demografica del Paese. A questo si aggiunge il problema del calendario: il riparto 2025 è stato deliberato in Conferenza il 29 dicembre, rendendo di fatto impossibile qualsiasi programmazione regionale seria. Va ricordato che la difficoltà di aggiornamento dei LEA si intreccia con questi

ritardi: se una prestazione non è ancora LEA, non può essere posta a carico del fondo sanitario, anche quando la sua efficacia clinica è riconosciuta. La Legge di Bilancio 2026 ha fissato al 31 marzo il termine per l'intesa preventiva, ma anche questa scadenza non è stata rispettata — uno schema che si ripete da anni, svuotando di senso la programmazione stessa. I dati sulla Lombardia fotografano un'eccellenza gestionale che vale la pena leggere con attenzione critica. Il FSN lombardo è cresciuto da 18,8 miliardi nel 2015 a 23,6 miliardi nel 2024, un tasso del 25,6% in linea con la media nazionale. La regione mantiene sistematicamente tutti gli indicatori del sistema di garanzia NSG in verde: significa che eroga i LEA in condizioni di efficienza e appropriatezza. I bilanci restano in utile, sia pur con margini minimi (5-7 milioni di euro). La spesa per personale dipendente è al 25,1% contro il 30,3% nazionale. La spesa farmaceutica cresce del 2,4% contro il 2,6% della media italiana. Il punto critico della proposta di Turturiello riguarda la premialità: oggi solo



lo 0,25% del FSN è distribuito su base di performance regionale. Una quota marginale, che Turturiello ha proposto di trasformare in una vera leva strategica. Premiare l'efficienza non è solo equo verso le regioni virtuose: è una condizione necessaria per mantenere l'incentivo al miglioramento nel tempo. Un sistema che non distingue chi performa da chi non performa produce un appiattimento verso il basso delle ambizioni di governance. La governance sanitaria del futuro richiede trasparenza, responsabilità e misurazione dei risultati. Efficienza, efficacia ed economicità non sono obiettivi gestionali accessori: sono la precondizione per garantire che il sistema continui a erogare servizi a tutti, in modo omogeneo, anche in un contesto di risorse strutturalmente limitate. E la premialità — trasformata da strumento marginale a leva strategica — è l'unico meccanismo capace di rendere questo sistema auto-migliorante nel tempo.

RICERCA, FORMAZIONE E INNOVAZIONE: L'UNIVERSITÀ NEL CUORE DEL SISTEMA SALUTE

Maria Cristina Pierro | Rettrice, Università degli Studi dell'Insubria

« Trent'anni fa chi si iscriveva a medicina non sapeva cosa fosse la statistica. Oggi la statistica medica orienta le scelte terapeutiche e le strategie di prevenzione.» Maria Cristina Pierro, Rettrice dell'Università degli Studi dell'Insubria, ha portato alla Sessione 1 degli Stati Generali un intervento sul ruolo strategico dell'università come infrastruttura del sistema sanitario — non al suo margine, ma al suo centro. Il contributo dell'ateneo insubrico al sistema salute si articola su più fronti integrati. Sul piano della ricerca clinica applicata, i dipartimenti di medicina lavorano in sinergia diretta con i presidi ospedalieri del territorio varesino, comasco e della Valle Olona. In ambito cardiologico, l'intelligenza artificiale viene già applicata alla TAC cardiaca per la diagnosi precoce di patologie strutturali. In neurologia, l'uso dell'energia elettrica per rimuovere le proteine aggregate apre prospettive concrete per il trattamento dell'Alzheimer, del Parkinson e dell'epilessia farmacoresistente,



consentendo di identificare con precisione radiologica le aree su cui intervenire chirurgicamente. Applicazioni che non appartengono al futuro: sono ricerche in corso, i cui esiti entrano già nei programmi formativi. Il secondo fronte riguarda la genomica e la medicina personalizzata. L'intelligenza artificiale permette oggi di analizzare combinazioni di dati genetici per costruire percorsi terapeutici individualizzati. Un orizzonte destinato ad ampliarsi con il quantum computing, che promette di accelerare drasticamente la simulazione molecolare e la progettazione farmacologica avanzata. Non per caso l'Insubria aprirà quest'anno il corso

di laurea in Farmacia, completando una filiera formativa che abbraccia biologia, biochimica e clinica in modo organico e coerente. Il terzo fronte, forse il più immediato nella sua rilevanza quotidiana, è quello della formazione dei professionisti sanitari. Formare un medico oggi significa formare qualcuno che sa leggere un'evidenza statistica, valutare una metanalisi, aggiornare le proprie scelte cliniche in base ai dati. Ma significa anche formare qualcuno capace di prendersi cura di una popolazione che invecchia: i centri di ricerca dell'Insubria affrontano la terza età in una prospettiva multidisciplinare che integra dimensioni cliniche, economiche e giuridiche. L'università, ha sottolineato Pierro, non è un soggetto separato dal sistema sanitario: è il laboratorio dove se ne costruisce il futuro. La ricerca alimenta la formazione. La formazione aggiorna la clinica. La clinica genera nuove domande di ricerca. Un ciclo virtuoso che ha bisogno di governance, investimenti stabili e visione di lungo periodo per esprimere appieno il proprio valore strategico. In questo senso l'università è un partner naturale del sistema sanitario: non un fornitore esterno di competenze, ma un attore del sistema con un mandato strutturale di lungo periodo, capace di unire ricerca, formazione e innovazione in una sola istituzione radicata nel territorio.

IL MODELLO LOMBARDO: COMPLEMENTARITÀ, QUALITÀ E SOSTENIBILITÀ NEL MIX PUBBLICO-PRIVATO

Michele Nicchio | **Presidente, AIOP Lombardia**

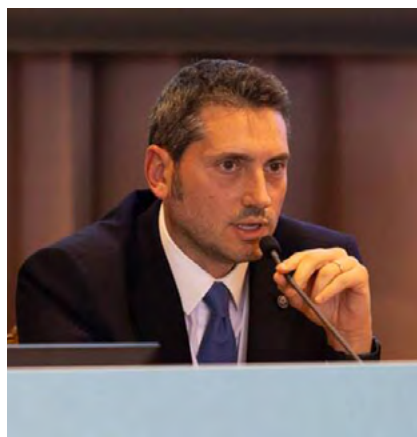
«Il punto non è la contrapposizione tra pubblico e privato. È trovare il giusto mix che sfrutti le capacità di entrambi.» Michele Nicchio, Presidente di AIOP Lombardia e portavoce del sistema degli erogatori privati accreditati lombardi, ha portato alla Sessione 1 degli Stati Generali un bilancio documentato del modello di governance sanitaria mista che ha fatto della Lombardia un caso di studio a livello internazionale.

I numeri descrivono un sistema in cui il privato accreditato non è una presenza accessoria ma un pilastro strutturale. Il privato eroga circa il 40% delle prestazioni di ricovero ospedaliero e il 50% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. In ambito sociosanitario la quota supera il 90%, con una capillarità che copre l'intero territorio regionale incluse le aree meno accessibili. Degli IRCCS lombardi — le strutture di ricovero e cura a carattere scientifico — 14 su 19 sono strutture private accreditate. E il sistema include 27 strutture private con Pronto Soccorso o DEA di primo e secondo livello: una

presenza nella rete di emergenza-urgenza che distingue la Lombardia dalla quasi totalità delle altre regioni italiane.

Tre sono le caratteristiche fondanti del modello. La prima è la complementarietà: Regione Lombardia ha costruito una governance che integra i due mondi in una filiera continua di cura, con il privato presente in tutti gli assetti organizzativi ed erogativi senza compartimentazioni. La seconda è il valore aggiunto qualitativo: nella classifica Newsweek 2024, cinque degli otto migliori ospedali italiani sono lombardi e tre rientrano tra i migliori 60 al mondo. Gli indicatori del Programma Nazionale Esiti — chirurgia oncologica, angioplastiche coronariche entro 90 minuti, chirurgia dell'anca entro 48 ore — collocano la Lombardia stabilmente ai vertici nazionali.

La terza caratteristica è quella economicamente più rilevante: la sostenibilità condivisa. Il privato accreditato costa mediamente il 25% in meno rispetto al pubblico. Erogando il 40% delle prestazioni ospedaliere ma incidendo per poco più del 30% sulla



spesa, genera un differenziale di efficienza concreto e misurabile. In più, il privato sostiene autonomamente tutti i propri investimenti infrastrutturali — stimati in quasi 8 miliardi di euro da qui al 2031 — senza gravare sul bilancio regionale.

La tesi di Nicchio è che la sostenibilità del SSN non si costruisce nella contrapposizione ideologica, ma nella coesistenza intelligente dei due sistemi: il pubblico garantisce la regia, i diritti esigibili e l'equità di accesso; il privato accreditato porta efficienza operativa, innovazione organizzativa e investimenti autonomi. Un equilibrio da costruire con dati e pragmatismo, non con pregiudizi. Nicchio ha ricordato di aver studiato di recente il sistema sanitario turco e quello australiano: la sfida della sostenibilità in presenza di risorse finite e bisogni crescenti è universale. La risposta lombarda — un mix calibrato tra pubblico e privato accreditato — è, nei numeri e nei risultati, tra le più convincenti a livello internazionale.

POVERTÀ SANITARIA E DISUGUAGLIANZE: IL SOMMERSO DEL SISTEMA CHE SI DEVE VEDERE

Luca Pesenti | **Direttore Scientifico, Osservatorio sulla Povertà Sanitaria – Fondazione Banco Farmaceutico ETS**



«Il servizio sanitario nazionale è stato costruito con fatica. E potrebbe non esserci più.» Con questa premessa diretta

Luca Pesenti, Direttore Scientifico dell'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria della Fondazione Banco Farmaceutico ETS e docente di sistemi di welfare all'Università Cattolica, ha portato alla Sessione 1 degli Stati Generali una dimensione del sistema sanitario raramente al centro del dibattito istituzionale: le disuguaglianze nell'accesso alle cure e la povertà sanitaria come dato strutturale, non residuale.

Il quadro complessivo della spesa sanitaria italiana si compone di 185 miliardi tra componente pubblica e privata. La quota a carico diretto dei cittadini — la spesa out-of-pocket —

vale circa 41 miliardi, il 22% del totale. Un dato che cresce, ma che in Italia cresce ancora meno rispetto agli altri grandi paesi europei. Il problema, ha precisato Pesenti, non è tanto l'ammontare complessivo quanto la sua composizione: si stima che tra il 30 e il 40% di quella spesa sia inappropriata o addirittura inutile. Denaro speso, ma non in risposta a un bisogno clinico reale e verificato.

Il lato più critico riguarda le famiglie in condizioni di povertà. Le famiglie povere spendono in salute 10,6 euro mensili contro i 68 euro delle famiglie non povere, allocando il 2,1% della propria spesa totale in sanità contro il 4,4% delle famiglie non povere. In Italia il 15% della popolazione ha dichiarato di aver limitato la propria spesa sanitaria nel corso dell'anno: tra le famiglie povere questa quota sale al 24,3%. E quella spesa residua si concentra quasi esclusivamente sui farmaci, con una quota minima destinata alla prevenzione. La catena è sistematica: povertà economica, limitazione delle cure, peggioramento della salute, ulteriore vulnerabilità economica. Un circolo che

si autoalimenta e che nessun sistema può ignorare senza compromettere la propria coerenza interna.

Sul piano regionale, le regioni con la spesa pro-capite out-of-pocket più elevata — Valle d'Aosta, Liguria, Lazio — sono anche quelle dove il divario tra famiglie povere e non povere è più ampio. La Lombardia si mantiene sotto la media nazionale, ma il nodo rimane Milano: incubatore delle disuguaglianze regionali, dove il 14% della popolazione comprime la propria spesa sanitaria. La proposta di Pesenti individua nel distretto sanitario il nodo organizzativo su cui è possibile agire in modo concreto, integrandovi il terzo settore come risorsa strutturale. La rete della Fondazione Banco Farmaceutico coordina 2.000 enti che assistono 600.000 persone in situazione di reale povertà sanitaria. L'ISTAT censisce 3.800 enti del terzo settore in ambito sociosanitario rivolto al disagio. È un sistema sanitario solidale che corre in parallelo rispetto al SSN: governarlo insieme, attraverso le logiche dell'amministrazione condivisa nelle Case della Comunità, è la grande sfida e la grande opportunità del prossimo decennio. In Lombardia, su circa 300.000 operatori sanitari, solo 170-180.000 sono governati in termini pubblicistici. Tutti gli altri sono operatori del privato e del terzo settore: poterli governare insieme, con strumenti integrati, significherebbe mettere a sistema una capacità assistenziale enorme oggi sottoutilizzata.

DALLA SCIENZA ALLA CURA

19 MARZO – SESSIONE 2

Medtech e Biotech come motore di innovazione

L'ECOSISTEMA DELL'INNOVAZIONE BIOMEDICA: DAL DISTRETTO ALLA CURA

Gianmario Verona | Presidente, Fondazione Human Technopole

Il paradigma dell'innovazione moderna si chiama Open Innovation: non più il laboratorio chiuso, non più l'azienda che sviluppa tutto al proprio interno, ma un ecosistema aperto in cui università, centri di ricerca, imprese e istituzioni si connettono in filiere integrate. Nel campo della salute, questa logica non è solo efficiente: è necessaria. Lo ha illustrato con chiarezza Gianmario Verona, Presidente della Fondazione Human Technopole, intervenuto alla Sessione 2 degli Stati Generali dell'Economia della Salute. Il benchmark internazionale è il distretto biomedico di Boston, dove la filiera scientifica si trasforma in tecnologia e poi in soluzioni terapeutiche per i pazienti. In Europa, il

riferimento è la Medicon Valley attorno a Copenhagen, nata dalla fusione tra Novo e Nordisk e cresciuta grazie a università, investimenti pubblici e privati, in un distretto che abbraccia la Svezia meridionale e la Danimarca. Non è un caso che il premio Nobel per l'Economia 2008 sia stato assegnato al professor Krugman proprio per aver dimostrato il valore economico dei distretti produttivi specializzati. L'Italia, ha sottolineato Verona, non è da meno. In Lombardia è nato il Milano Innovation District – MIND – istituito con legge nel 2016, operativo dal 2022. Human Technopole è il cuore scientifico: un centro di ricerca biomedica con obiettivo esplicito di technology transfer, co-



struito su logica distrettuale. Attorno ad esso si sono insediati l'ospedale Galeazzi, l'Università Statale di Milano, e aziende come AstraZeneca, Illumina e Bayer. Non un polo universitario tradizionale, ma un ecosistema in cui scienza, industria e clinica coabitano fisicamente e lavorano in filiera.

Il modello funziona perché trasferisce parte del rischio innovativo nelle fasi upstream della ricerca, dove i costi sono ancora contenuti e le possibilità di fallimento sono accettabili. Le grandi aziende farmaceutiche preferiscono sempre più acquistare tecnologie già validate da startup o spin-off universitari, piuttosto che svilupparle internamente. Questo significa che investire nella fase scientifica precoce – nei laboratori, nella genomica, nell'intelligenza artificiale applicata alla diagno-

stica – produce un ritorno industriale e sanitario moltiplicato. La visione di Verona è quella di un Paese che usa il proprio sistema sanitario nazionale – che garantisce la salute come bene pubblico – come leva per attrarre investimenti, costruire competenze e generare innovazione. I grandi dati sanitari, ha ricordato, sono il petrolio di questo secolo: in un sistema universalistico come il SSN, disponiamo di un patrimonio informativo enorme che, se governato e

valorizzato in modo responsabile, può diventare uno dei più potenti motori di innovazione biomedica al mondo. Connettere i puntini – ricerca, trasferimento tecnologico, industria, clinica – è la sfida e l'opportunità che MIND incarna già oggi, dimostrando che il modello distrettuale non è solo un benchmark da ammirare, ma una realtà costruibile in Italia. Credere in questa progettualità e continuare a investire è una scelta di politica industriale e sanitaria insieme.



DISPOSITIVI MEDICI: INNOVAZIONE BLOCCATA TRA BUROCRAZIA, LEA E PAYBACK

Fabio Faltoni | Presidente, Confindustria Dispositivi Medici



I dispositivi medici sono una componente strutturale del sistema sanitario e un motore di innovazione ad alto valore aggiunto. Il comparto rappresenta in Lombardia oltre il 40% dell'intero settore nazionale: 1.400 imprese, 60.000 dipendenti di cui il 10% impegnato in ricerca e sviluppo. Eppure questo settore opera in un contesto sempre più ostile all'innovazione. Fabio Faltoni, Presidente di Confindustria Dispositivi Medici, ha identificato alla Sessione 2 degli Stati Generali quattro nodi critici che frenano il trasferimento dell'innovazione ai pazienti. Il primo è regolatorio. L'introduzione del nuovo Regolamento Europeo sui dispositivi medici ha allungato significativamente i tempi di immissione sul mercato. Un processo che prima richiedeva mesi richiede oggi anni. Il risultato è che dispositivi già sviluppati,

già testati, già pronti a essere utilizzati in clinica restano bloccati nell'iter burocratico, mentre i pazienti che potrebbero beneficiarne aspettano. Il secondo nodo è l'accesso all'innovazione nel SSN. Per modificare i LEA e introdurre nuove tecnologie nel sistema occorrono mediamente 10-12 anni. Un tempo incompatibile con il ritmo dell'innovazione tecnologica, che in ambito medico si misura ormai in mesi. Il risultato pratico è che i pazienti italiani accedono a tecnologie diagnostiche e terapeutiche già obsolete rispetto a quanto disponibile nei paesi concorrenti. Il terzo nodo è quello della politica industriale. Il comparto dei dispositivi medici non è ancora trattato come una filiera strategica a sé stante. I codici ATECO non riescono a catturare la reale dimensione economica e il valore sistemico. Senza una politica industriale dedicata — che riconosca il settore come infrastruttura critica per la salute pubblica e per la competitività del Paese — gli investimenti restano fragili e esposti. Il quarto nodo, il più urgente, è il

payback. Il meccanismo di recupero della spesa in eccesso scarica sulle imprese oneri retroattivi che costringono a ingenti accantonamenti in bilancio. Risorse che, ha sottolineato Faltoni, vengono così sottratte alla ricerca e allo sviluppo — il cuore stesso della capacità innovativa del settore. Un paradosso: uno strumento pensato per contenere la spesa pubblica finisce per comprimere proprio quella parte dell'industria che potrebbe ridurre i costi del sistema nel lungo periodo, attraverso tecnologie più efficaci e percorsi clinici più appropriati. La proposta di Faltoni si muove su tre fronti. Sul fronte regolatorio, chiede percorsi accelerati per le tecnologie già validate in altri paesi europei, evitando duplicazioni degli iter autorizzativi. Sul fronte dei LEA, chiede una revisione strutturale dei tempi di aggiornamento: dieci anni non sono accettabili in un settore dove l'innovazione si misura in mesi. Sul payback, chiede un meccanismo alternativo che non penalizzi la ricerca: un fondo di compensazione strutturale, invece di prelievi retroattivi che destabilizzano i bilanci aziendali e riducono la capacità di investimento. Per i medici, il messaggio è diretto: ogni ritardo nell'accesso ai dispositivi innovativi è un ritardo nella diagnosi, nella terapia, nella qualità di vita del paziente. La sostenibilità del sistema si costruisce anche garantendo che l'innovazione arrivi in corsia nei tempi giusti.

TRASFERIMENTO TECNOLOGICO IN BIOMEDICINA: FONDI, STARTUP E STRATEGIA PAESE

Maria Cristina Porta | Direttore Generale, Fondazione Enea Tech e Biomedical

Trasformare la ricerca scientifica in prodotti, terapie e imprese capaci di stare sul mercato: è questo il mandato della Fondazione Enea Tech e Biomedical, che gestisce per il Ministero delle Imprese e del Made in Italy due fondi pubblici per il trasferimento tecnologico nel settore biomedico. Maria Cristina Porta, Direttore Generale della Fondazione, ha illustrato alla Sessione 2 degli Stati Generali una strategia operativa concreta, con numeri e risultati già misurabili. I due fondi gestiti hanno dimensioni significative: 350 milioni di euro per il Technology Transfer e 800 milioni per la ricerca e lo sviluppo industriale biomedico. Non fondi a pioggia, ma strumenti selettivi che operano secondo tre linee di intervento distinte e complementari. La prima linea riguarda i progetti d'impresa: startup e PMI innovative che sviluppano soluzioni in ambito biomedico. La Fondazione entra in equity — cioè come azionista — nelle aziende selezionate. Su oltre 250 proposte ricevute, 18 aziende hanno ricevuto



investimenti per complessivi 85 milioni di euro. Il vincolo è la radicazione nel territorio nazionale: l'obiettivo non è finanziare l'innovazione in astratto, ma costruire un ecosistema industriale biomedico italiano. La seconda linea riguarda la costruzione di nuovi centri di ricerca verticali — istituti specializzati per accelerare la ricerca su patologie o tecnologie specifiche. Per il 2026 sono stati destinati a questo filone oltre 30 milioni di euro, con l'obiettivo di creare infrastrutture di ricerca stabili e non dipendenti dai cicli di finanziamento ordinario. La terza linea è l'attrazione di investimenti dall'estero: grant a fondo per-

duto rivolti a grandi imprese internazionali che vogliono realizzare in Italia i propri progetti di ricerca e sviluppo, con l'obbligo di coinvolgere partner italiani. Uno strumento che trasforma il Paese da semplice mercato di sbocco a sede di produzione scientifica e industriale. Le aree di investimento prioritarie coprono medical device, diagnostica, farmaci sperimentali e telemedicina, con focus su malattie cardiovascolari, oncologia e malattie rare. Per i professionisti della salute, questa infrastruttura di trasferimento tecnologico ha un'implicazione diretta: la velocità con cui una scoperta arriva al letto del paziente dipende dalla qualità delle strutture che collegano la ricerca al mercato. Ogni anno guadagnato in questa filiera è, in molte patologie, un anno di vita in più o una qualità di vita significativamente migliore. Porta ha concluso riprendendo l'immagine della "burocrazia difensiva" citata da Bertolaso: l'auspicio è che diventi "burocrazia adattiva", capace di accompagnare l'innovazione invece di bloccarla. Una transizione culturale prima ancora che normativa, indispensabile per rendere il sistema paese competitivo nella corsa globale all'innovazione biomedica. Il modello di Enea Tech dimostra che gli strumenti pubblici per accompagnare questa transizione esistono già: la sfida è usarli con la stessa velocità e pragmatismo che l'innovazione richiede.

CULTURA DEL SOSPETTO E BUROCRAZIA: LE RADICI DEL BLOCCO ALLA INNOVAZIONE

Alessandro Venturi | Presidente, Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

«Dopo l'economia della guerra, l'economia della salute è quella centrale.»

Alessandro Venturi, Presidente della Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia, ha portato alla Sessione 2 degli Stati Generali un contributo che ha spostato il livello della discussione: non sui meccanismi tecnici dell'innovazione, ma sulle radici culturali che ne impediscono la diffusione nel sistema sanitario pubblico italiano. La diagnosi di Venturi è precisa e scomoda: in Italia esiste una "cultura del sospetto" che paralizza il dialogo tra pubblico e privato. Ogni forma di collaborazione tra istituzioni sanitarie e industria viene guardata con diffidenza, percepita come potenzialmente illecita, soggetta a segnalazione. Il risultato è che i dirigenti pubblici preferiscono l'immobilismo alla collaborazione, perché l'immobilismo non espone a rischi disciplinari o penali. Un meccanismo perverso che non protegge l'interesse pubblico: lo danneggia, impedendo l'accesso all'innovazione che solo il dialogo con

chi la sviluppa può garantire.

La burocrazia, in questo contesto, non si elimina per legge: perché è autoprodotta dalla burocrazia stessa. L'Italia ha importato la cultura della regolazione anglosassone — nata in sistemi di common law dove le regole sono principi da interpretare — e l'ha innestata in un sistema di civil law dove ogni principio genera una norma, ogni norma genera una circolare, ogni circolare genera una procedura. Il risultato è un sistema che produce burocrazia per tutelarsi dalla burocrazia stessa, in un circolo autoreferenziale che nessuna riforma tecnica riesce a spezzare.

La via d'uscita, secondo Venturi, non è normativa ma culturale: superare il sospetto partendo dalla responsabilità personale. I dirigenti pubblici devono poter collaborare con l'industria nella consapevolezza che il dialogo trasparente e documentato è non solo lecito, ma doveroso nell'interesse del paziente. E le istituzioni devono smettere di trattare qualsiasi interazione pubblico-privato come un rischio da neutralizzare.



Per i medici e i professionisti sanitari il messaggio è diretto: appropriatezza e innovazione non sono obiettivi in conflitto con la sostenibilità del sistema. Sono la sua condizione. I clinici hanno una responsabilità specifica in questa cultura: la loro voce, fondata sull'evidenza scientifica e sull'esperienza diretta, è l'argomento più forte per superare le resistenze burocratiche. Esercitarla — nei tavoli istituzionali, nelle commissioni terapeutiche, nel dialogo con le direzioni sanitarie — è parte del mandato professionale. Venturi ha indicato anche una direzione pratica: la responsabilità personale come antidoto alla paura. I dirigenti pubblici devono sentirsi tutelati quando collaborano con l'industria in modo trasparente, non come eccezione da giustificare, ma come pratica ordinaria nell'interesse del paziente. Questo richiede una cultura istituzionale che premi il coraggio della decisione, non l'inerzia del rinvio. Un cambiamento che parte dalle persone, non dalle norme.

CAPITALI PRIVATI E INNOVAZIONE SANITARIA: L'EUROPA CHE NON RIESCE AD ATTRARRE

Anna Gervasoni | Rettrice LIUC — Direttore Generale AIFI

«Il mercato dei capitali ha logiche banali: tempo e velocità. Appena i fondi internazionali leggono

le nostre regole, scappano.» Anna Gervasoni, Rettrice della LIUC e Direttore Generale di AIFI — l'Associazione Italiana del Private Equity, Venture Capital e Private Debt — ha portato alla Sessione 2 degli Stati Generali una prospettiva che raramente entra nel dibattito sanitario: quella dei capitali privati che potrebbero finanziare l'innovazione in salute, ma non lo fanno per via dell'incertezza regolamentare italiana ed europea.

I numeri del settore in Lombardia sono già significativi. La regione catalizza oltre il 30% dei brevetti italiani. Il settore healthcare è il secondo oggetto di investimento per i fondi di venture capital e il terzo per i fondi di private equity. Sono capitali privati che cercano aziende innovative da finanziare, fondatori con idee trasformative, mercati in



crescita. E il mercato della salute, come ha ricordato Gervasoni, è tra i più grandi e stabili del mondo. Il problema è che i capitali ci sono, ma le condizioni per investirli in Italia mancano. I fondi di venture capital e private equity lavorano su orizzonti temporali lunghi — cinque, sette, dieci anni — ma non possono tollerare l'incertezza normativa e regolamentare che caratterizza il sistema italiano. Tempi di approvazione imprevedibili, regole che cambiano, iter autorizzativi che si allungano

senza motivo: sono tutti fattori che aumentano il rischio percepito e abbassano il rendimento atteso, rendendo l'Italia meno competitiva rispetto a Francia, Germania o Paesi Bassi nell'attrarre capitali per l'innovazione biomedica.

La proposta di Gervasoni è radicale nella sua semplicità: il cosiddetto "ventottesimo Stato europeo", un'area regolatoria europea con regole poche, chiare e semplici, in cui brevettare a livello continentale superando il limite del mercato nazionale italiano — troppo piccolo da solo per giustificare gli investimenti in innovazione sanitaria ad alto rischio.

Il mercato italiano da solo è troppo piccolo per giustificare gli investimenti in innovazione ad alto rischio: solo un mercato europeo con regole certe e prevedibili può attrarre i capitali necessari. La proposta del "ventottesimo Stato europeo" è una risposta sistemica a un problema sistemico.

IL VALORE DELL'INNOVAZIONE FARMACOLOGICA: 3 MESI DI VITA PER OGNI ANNO INVESTITO

Benedetta Nicastro | Communication Head Italia, Roche



«**D**al 1951 ad oggi guadagniamo tre mesi di aspettativa di vita per ogni anno vissuto.» Con questa cifra Benedetta Nicastro, Communication Head Italia di Roche, ha aperto il suo intervento alla Sessione 2 degli Stati Generali dell'Economia della Salute, sintetizzando in un numero la posta in gioco del dibattito sull'innovazione farmacologica: non un costo da contenere, ma un investimento la cui resa si misura in anni di vita in più per i pazienti.

Roche è presente in Italia da 130 anni, con sede a Monza e una rete di attività che abbraccia ricerca, sviluppo clinico, produzione e distribuzione. Il contributo dell'azienda all'economia nazionale è misurabile: per ogni euro di valore aggiunto generato da Roche in Italia, ne ritornano 2,6 all'economia del Paese. Un moltiplicatore che rende evidente come il settore farmaceutico non sia semplicemente un fornitore di prodotti per il sistema sanitario, ma un ecosistema economico integrato con effetti sistemici

ben al di là della singola transazione commerciale.

Il tema degli studi clinici merita attenzione particolare. Roche è la seconda azienda farmaceutica per numero di studi clinici condotti in Italia. Ogni euro investito in uno studio clinico nel nostro Paese produce un risparmio di tre euro per il SSN: perché durante lo studio l'azienda si fa integralmente carico dei farmaci sperimentali e dei test diagnostici collegati, che altrimenti graverebbero sul bilancio pubblico. Nell'ultimo anno disponibile, Roche ha generato risparmi per 165 milioni di euro attraverso i propri studi clinici in Italia. Un dato che rovescia la narrazione dell'industria farmaceutica come controparte da regolamentare: in questo caso, è un partner che porta risorse nel sistema.

Nicastro ha concluso il proprio intervento con la stessa parola che ha attraversato tutta la seconda giornata degli Stati Generali: insieme. Solo dal dialogo trasparente tra industria, istituzioni, clinici e pazienti emergono soluzioni concrete e sostenibili. Un principio che vale per le politiche

di accesso all'innovazione, per la costruzione del prontuario, per la gestione del payback, per la governance degli studi clinici. Il dato sugli studi clinici ha un'implicazione pratica spesso sottovalutata: partecipare come centro a uno studio clinico non è solo un'opportunità scientifica, è un contributo concreto alla sostenibilità del sistema. Farmaci sperimentali, test diagnostici e parte del follow-up sono a carico dello sponsor. Il risparmio per il SSN è reale: 165 milioni di euro l'anno nel solo caso di Roche. La complessità del sistema richiede alleanze, non contrapposizioni: e l'esperienza di Roche in Italia — radicata da oltre un secolo — è la dimostrazione che alleanze durature tra pubblico e privato sono possibili e producono risultati misurabili per i pazienti. Costruire queste alleanze, con trasparenza e con focus sull'interesse del paziente, è la sfida condivisa tra clinici, istituzioni e industria — e la condizione perché l'innovazione farmacologica continui a tradursi in anni di vita guadagnati.

FARMACI INNOVATIVI E ACCESSO PRECOCE

19 MARZO – SESSIONE 3

Come garantire accesso equo e sostenibile all'innovazione sul territorio nazionale

LA NUOVA FARMACOLOGIA: DAL COSTO DEL FARMACO AL VALORE DELLA CURA

Robert Nisticò | Presidente, AIFA

I farmaci stanno cambiando natura. Non sono più i farmaci di una volta, quelli che agivano sui sintomi o sulle complicanze. I farmaci che entrano oggi sul mercato agiscono sulle cause della malattia — si chiamano farmaci eziologici — o sui meccanismi patogenetici, diventando veri e propri disease modifiers capaci di modificare la storia naturale di una patologia. Aggiungiamoci le terapie avanzate: le terapie geniche, le CAR-T, l'editing genomico. È un cambiamento di paradigma senza precedenti. Robert Nisticò, Presidente di AIFA, ha portato alla Sessione 3 degli Stati Generali una lettura lucida di questo scenario e delle sue implicazioni per la governance del farmaco. I numeri rendono l'idea della velocità con cui si muove il settore.



Solo negli ultimi due anni sono stati approvati in Europa circa 35 farmaci orfani. Un numero impensabile fino a pochi anni fa, reso possibile dall'accelerazione portata dall'intelligenza artificiale nella sperimentazione clinica: meno trial and error, più successi mirati, tempi di sviluppo drasticamente ridotti.

Il problema è che il sistema di governance del farmaco — i criteri di valutazione, i meccanismi di rimborso, i tetti di spesa — è stato costruito per una farmacologia diversa. E rischia di essere inadeguato a governare quella nuova. Il nodo è concettuale prima che tecnico: guardare un farmaco solo dal punto di vista del costo è, per usare le parole di Nisticò, «guardarlo in maniera cieca». Se una terapia genica guarisce un bambino da una malattia oncologica e gli consente una vita lunga e di qualità, i due milioni di euro che può costare diventano pochissimi rispetto ai costi sanitari, sociali e umani che si evitano. Eppure i meccanismi attuali tendono a fotografare il costo al momento dell'acquisto, non il valore nel tempo.

La risposta di AIFA è lavorare su due fronti. Il primo è la real-world evidence: i dati che emergono dall'uso reale del farmaco nella pratica clinica devono alimentare la valutazione del suo valore, non solo per aggiornare il giudizio di efficacia e sicurezza, ma per calibrare le rinegoziazioni sul prezzo in base ai risultati effettivamente ottenuti. Il secondo è la modernizzazione dell'agenzia: strutture valutative più rapide, criteri più flessibili, una governance capace

di tenere il passo con l'innovazione senza rinunciare al rigore scientifico. La clinical practice non è separata dalla governance del farmaco. I dati che nascono dalla cura dei pazienti sono il patrimonio più prezioso per valutare il valore reale delle terapie innovative e per costruire un sistema di rimborso che rispecchi la realtà clinica, non solo i trial registrativi. Ogni medico che partecipa a uno studio, che registra un dato, che segnala un evento avverso contribui-

sce alla costruzione di quell'evidenza real world che può cambiare la valutazione di un farmaco, aggiornarne il prezzo e migliorarne l'accesso. Non è un ruolo secondario: è parte integrante della governance dell'innovazione. È anche, più in profondità, il senso di una professione che non si esaurisce nella cura del singolo paziente ma contribuisce alla conoscenza collettiva da cui dipende la cura dei pazienti futuri.



LIFE SCIENCES: ASSET STRATEGICO E QUATTRO AZIONI PER NON PERDERE IL TRENO

Nicoletta Luppi | Vice Presidente con delega Europa e Life Sciences, Assolombarda



La filiera delle scienze della vita in Lombardia vale il 13% del PIL regionale. Nel 2025 sono stati investiti oltre 640 milioni di euro in ricerca e sviluppo per nuove tecnologie sanitarie, in un ecosistema che conta 20 IRCCS e 25.000 addetti nel comparto. Sono numeri che fotografano un'eccellenza consolidata. Eppure Nicoletta Luppi, Vice Presidente di Assolombarda con delega a Europa e Life Sciences, ha aperto il suo intervento alla Sessione 3 degli Stati Generali con un avvertimento: di fronte alle turbolenze geopolitiche globali e alla competizione internazionale per i 2.000 miliardi di dollari di investimenti farmaceutici previsti nei prossimi cinque anni, non bastano i numeri di oggi per garantire la posizione di domani.

Il rischio concreto è già misurabile: le politiche commerciali americane comportano oggi per l'Europa mancati investimenti stimati fino a 100 miliardi di dollari. In questo contesto, ha sottolineato Luppi, le scienze della vita non sono solo un comparto economico: sono un asset strategico di

sicurezza nazionale, che deve essere trattato come tale nelle scelte di politica industriale.

Tre sono le direttrici identificate. La prima è l'attrazione della ricerca clinica: la Lombardia ospita il 40% delle sperimentazioni cliniche italiane, ma sul fronte della standardizzazione burocratica e della riduzione dei tempi di contrattualizzazione resta molto da fare. La velocizzazione del percorso contrattuale in parallelo a quello autorizzativo, e l'estensione del parere unico nazionale a tutte le tipologie di studio, farebbero la differenza concreta.

La seconda è l'accesso ai farmaci innovativi: ridurre i tempi tra approvazione regolatoria, valutazione HTA europeo, rimborso AIFA e disponibilità effettiva nei percorsi di cura. Un early access nazionale e regionale strutturato — con la Lombardia come laboratorio — permetterebbe ai pazienti con bisogni clinici insoddisfatti di accedere precocemente a terapie promettenti, generando al contempo evidenze real world utili al sistema.

La terza è la prevenzione come inve-

stimento: immunizzazione e screening sono già oggi riconoscibili dall'Europa come spesa produttiva, scorponabile dalla spesa corrente nel rispetto del patto di stabilità. Nonostante il ritorno garantito, solo lo 0,5% dei budget sanitari europei va in prevenzione. Un paradosso che le nuove regole del framework economico europeo offrono l'opportunità concreta di correggere. Le quattro azioni prioritarie proposte da Assolombarda: eliminare il payback farmaceutico, adottare un modello value-based per i prezzi, accelerare l'early access e riclassificare immunizzazione e screening come investimento strategico, non come spesa corrente. Sono proposte che non richiedono risorse aggiuntive: richiedono una diversa visione del sistema. E il contesto geopolitico attuale — con la competizione globale per gli investimenti in Life Science più intensa che mai — rende urgente smettere di rimandare. La finestra è aperta: la questione è se il Paese sa coglierla, coordinando tutti gli attori della filiera in modo rapido e coerente.

FARMACEUTICA: 80% DELLA CRESCITA EXPORT ITALIANA E UNA SFIDA DI SISTEMA

Carlo Riccini | Direttore Generale, Farmindustria

Dieci anni fa i farmaci in sviluppo nel mondo erano 12.000. Oggi sono 25.000. E le previsioni per i prossimi cinque anni indicano tra i 75 e gli 80 nuovi farmaci autorizzati ogni anno: dieci o quindici volte di più rispetto al decennio precedente. È il quadro con cui Carlo Riccini, Direttore Generale di Farmindustria, ha aperto il suo intervento alla Sessione 3 degli Stati Generali, inquadrando l'innovazione farmaceutica non come un fenomeno settoriale ma come una variabile macroeconomica e geopolitica di primo piano.

Il dato sull'export parla da solo: nel 2025 l'export italiano totale è cresciuto di 19 miliardi di euro. Di questi, 15 miliardi vengono dalla farmaceutica. L'80% della crescita complessiva dell'export italiano è generato da un solo comparto, che in Lombardia raggiunge livelli di eccellenza internazionale. Non un settore da sostenere: un settore su cui costruire. Un secondo numero chiarisce la natura del valore generato: il rapporto tra investimenti in open innovation per addetto nel comparto farmaceutico è



14 a 1 rispetto alla media dell'industria manifatturiera. Significa che per ogni euro investito internamente, 14 vanno all'esterno — verso centri clinici, startup, università, no profit, partner di filiera. È un moltiplicatore di competenze e di conoscenze che alimenta l'intero ecosistema della ricerca biomedica, con una ricaduta diretta sulla qualità dei centri clinici e sulla formazione dei professionisti della salute. Il tema della sicurezza nazionale emerge con forza nell'intervento di Riccini: in un mondo in cui le catene di fornitura dei principi attivi sono concentrate per l'80% in Cina e India, l'indipendenza farmaceutica non è una questione industriale ma una questione di difesa. Come ha ricorda-

to, l'innovazione non garantisce solo la cura di patologie note: garantisce la capacità di rispondere a patologie future che ancora non conosciamo. Per i medici, il messaggio di Riccini invita a uscire da un'ottica di costo nell'anno e adottare una visione di investimento su più periodi. Curare le persone costa: ma stare male, ha ricordato, costa di più. Una popolazione in salute non è solo un valore umano: è una condizione di produttività, di cura dei caregiver, di tenuta del sistema previdenziale. L'innovazione farmaceutica è una delle leve più potenti per mantenere questa condizione nel tempo.

Riccini ha chiuso con un appello sintetico su quattro punti: abbandonare la logica del payback; non andare esclusivamente su una logica di costo ma su un'ottica di investimento pluriennale; velocizzare l'accesso alle cure; e difendere il grande valore industriale farmaceutico che l'Italia esprime, in Lombardia più che altrove. Quattro imperativi che si rivolgono non solo all'industria ma all'intero sistema: politica, istituzioni, professionisti della salute e cittadini. Perché le decisioni sulla farmaceutica non si prendono nei soli board aziendali: si prendono nelle aule parlamentari, nelle commissioni regionali, nei reparti ospedalieri, negli studi medici. Perché la farmaceutica non è un affare delle aziende farmaceutiche: è un pilastro della salute pubblica e della competitività nazionale.

DA 55 A 360 GIORNI: LA DISOMOGENEITÀ NELL'ACCESSO AI FARMACI CHE NON POSSIAMO ACCETTARE

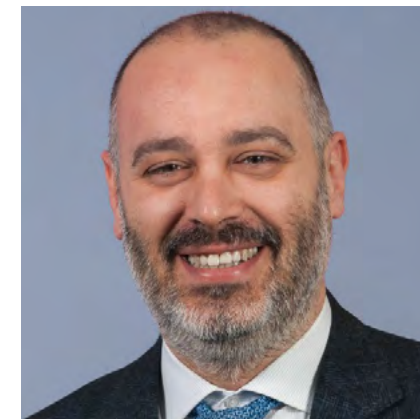
Andrea Marcellusi | Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Università degli Studi di Milano

Tra la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale di un nuovo farmaco e il suo primo acquisto effettivo da parte di una struttura sanitaria, in Lombardia passano in media 55 giorni. In altre regioni italiane, lo stesso farmaco attende 360 giorni. Una differenza di oltre dieci mesi per lo stesso paziente, con la stessa malattia, nello stesso Paese. Andrea Marcellusi, del Dipartimento di Scienze Farmaceutiche dell'Università degli Studi di Milano, ha portato questo dato alla Sessione 3 degli Stati Generali definendolo «assolutamente poco accettabile» — un giudizio che nella sua essenzialità raccoglie tutta la portata del problema.

Marcellusi rappresenta la dimensione accademica nel dibattito sull'accesso all'innovazione: un soggetto che studia il fenomeno con rigore metodologico, misura le disuguaglianze, sviluppa gli strumenti analitici per valutare il valore delle tecnologie sanitarie. Il centro di ricerca dell'Università di Milano ha avviato un dottorato specifico sui farmaci per le malattie rare proprio per capire meglio questa filiera e identi-

care i punti di intervento praticabili. L'approccio dichiarato è sintetizzato in una formula: conoscere e misurare. Per affrontare le decisioni di investimento in tecnologie sanitarie è necessario sapere quanto si spende oggi, dove si spende, con quali esiti. Il costo-efficacia non è un parametro burocratico: è lo strumento che permette di confrontare opzioni terapeutiche, allocare risorse in modo razionale e giustificare gli investimenti in innovazione di fronte ai decisori politici e ai pazienti.

Il problema dei dati è al centro della riflessione di Marcellusi: i dati ci sono, ma sono difficilmente accessibili, non interconnessi, non interoperabili. In Lombardia esistono 11 software gestionali che non dialogano tra loro. Integrare i flussi amministrativi sanitari con i dati IMS — le informazioni sulle prescrizioni e le vendite — produrrebbe un patrimonio analitico di valore straordinario, ma è un obiettivo frenato sia da vincoli strutturali sia, ha sottolineato, da un uso della normativa sulla privacy che «diventa quasi uno scudo per rallentare l'accesso alle informazioni».



Per i medici, il messaggio è diretto: i dati clinici che nascono dalla pratica quotidiana sono la materia prima dell'evidenza real world. Condividerli — in modo anonimizzato, in sistemi interoperabili — non è un adempimento burocratico: è un contributo concreto al miglioramento del sistema e all'equità di accesso alle cure per tutti i pazienti italiani.

Marcellusi ha anche ricordato il proprio posizionamento nel nuovo ecosistema MIND — Human Technopole: il dipartimento di Scienze Farmaceutiche dell'Università Statale sarà tra i primi a trasferirsi nel distretto di innovazione biomedica di Milano, portando formazione e ricerca all'interno di un ambiente ad alta intensità di innovazione. Una scelta che incarna il modello di università connessa al territorio che la Sessione 1 degli Stati Generali aveva indicato come condizione per un sistema sanitario capace di evolversi.

HTA E SOSTENIBILITÀ: VALUTARE IL FARMACO NEL TEMPO, NON NEL BILANCIO DELL'ANNO

Paolo Sciattella | Coordinatore Health Policy Forum, SIHTA

La sostenibilità del sistema farmaceutico è spesso ridotta a un concetto contabile e statico: quanto spendiamo quest'anno, quanto entra nel budget, come si chiude il bilancio a dicembre. È una visione miope, ha spiegato Paolo Sciattella, Coordinatore dell'Health Policy Forum della Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA), intervenuto alla Sessione 3 degli Stati Generali. La sostenibilità vera si vede nel medio e lungo periodo, e per misurarla servono strumenti diversi dal semplice controllo dei silos di spesa annuali.

L'Health Technology Assessment è precisamente questo strumento. Un approccio multidisciplinare che valuta il farmaco secondo nove domini: efficacia clinica, sicurezza, valutazione economica, ma anche impatti etici, sociali e legali. E nella valutazione economica, ha sottolineato Sciattella, è fondamentale includere non solo il costo del farmaco ma l'intero percorso del paziente: i ricoveri evitati, la riduzione delle complicanze, il minore utilizzo del pronto soccorso, i costi indiretti per il sistema sociale. Un



farmaco innovativo che evita cinque anni di ospedalizzazione ha un valore economico reale che non compare nella riga di bilancio in cui compare il costo di acquisto. Sul fronte regionale, Sciattella ha identificato due leve di miglioramento concrete. La prima è la programmazione: stimare in anticipo i fabbisogni e i pazienti eleggibili per i farmaci in fase di negoziazione con AIFA, in modo da arrivare preparati all'inserimento nel percorso terapeutico. La seconda è il controllo dell'appropriatezza: ridurre il sovrautilizzo e il sottoutilizzo libera risorse che possono essere reinvestite in farmaci

innovativi. Non è un taglio alla spesa: è una riallocazione intelligente. A supporto di entrambe le leve, il nuovo tavolo AIFA-Regioni ha tra i suoi obiettivi proprio il coadiuvare le regioni nella programmazione e nella gestione dell'appropriatezza prescrittiva. Un passo istituzionale importante, che tuttavia dipende dalla qualità dei dati disponibili. E qui si chiude il cerchio: i dati ci sono, ma sono frammentati, non interoperabili, difficilmente accessibili. Integrare i flussi sanitari amministrativi con quelli di prescrizione e consumo è la condizione perché questi strumenti funzionino davvero. Il titolo delle nuove linee guida AIFA — da «dossier a supporto della domanda di prezzo e rimborso» a «dossier a supporto dell'HTA del farmaco» — è un segnale di direzione. Piccolo nel testo, significativo nel metodo: si sta costruendo un sistema in cui il valore del farmaco, e non solo il suo costo, orienta le decisioni. Per i medici, il messaggio è duplice. Sul piano clinico: l'appropriatezza prescrittiva non è un vincolo contabile ma uno strumento di equità — evitare il sovrautilizzo libera risorse per chi ne ha davvero bisogno. Sul piano istituzionale: partecipare ai processi di HTA regionale, portare la propria esperienza clinica nei tavoli di valutazione delle tecnologie, è un modo concreto per garantire che le decisioni di rimborso rispecchino la realtà della pratica medica.

578 GIORNI DI ATTESA E UNA LIFE SCIENCE STRATEGY CHE L'ITALIA NON HA ANCORA

Fulvia Filippini | Country Public Affairs Head, Sanofi Italia

In Europa, dal momento in cui un farmaco riceve l'approvazione di EMA al momento in cui il paziente può effettivamente accedervi, passano in media 578 giorni. Quasi un anno e mezzo. Un dato che Fulvia Filippini, Country Public Affairs Head di Sanofi Italia, ha portato alla Sessione 3 degli Stati Generali come punto di partenza per una riflessione più ampia: non sulle singole norme da cambiare, ma sull'assenza di una strategia integrata che tenga insieme investimenti, accesso e competitività industriale nel settore delle scienze della vita. Sanofi è una delle principali aziende biofarmaceutiche europee con sede nell'Unione Europea: 19.000 dipendenti in Europa, una trentina di siti tra ricerca e produzione, due siti produttivi in Italia e oltre 500 centri di ricerca clinica distribuiti sul territorio nazionale. Una presenza radicata, che porta con sé una prospettiva precisa su cosa serve per attrarre ulteriori investimenti. Filippini ha raccontato un episodio illuminante: presentando l'Italia al responsabile mondiale della produzione di Sanofi come destinazione per



nuovi investimenti, si è trovata a dover rispondere a due domande. La prima, sugli incentivi disponibili — contratti di sviluppo, accordi per l'innovazione, intensità di aiuto intorno al 30% dell'investimento — era rispondibile. La seconda, sui tempi di accesso e le condizioni di riconoscimento dell'innovazione, era imbarazzante. Perché in Italia questi due mondi — attrattività degli investimenti e governance dell'accesso — non sono ancora coordinati in una strategia unica. La proposta è una Life Science Strategy nazionale: un documento di indirizzo che colleghi la politica degli

investimenti, la competitività industriale, il finanziamento della ricerca e le condizioni di accesso all'innovazione. Un modello che altri paesi — Singapore, Irlanda, Danimarca — hanno già costruito, con risultati misurabili in termini di attrazione di capitali e di capacità produttiva farmaceutica. Sul fronte dell'accesso, Filippini ha citato il concetto di «access day one» — lanciare il farmaco immediatamente dopo l'approvazione e negoziarne il prezzo in parallelo, con meccanismi di compensazione retroattiva — e il lavoro in corso sull'early access a livello nazionale e regionale, con la Lombardia come potenziale laboratorio pilota. Ha anche segnalato positivamente che AIFA ha recentemente iniziato a considerare, nella valutazione della rimborsabilità, se gli studi clinici che hanno portato all'approvazione del farmaco siano stati condotti in Italia: un primo segnale che il legame tra ricerca clinica e accesso al mercato viene finalmente riconosciuto come strategico. E ha ribadito l'opportunità unica offerta dalla revisione delle regole del patto di stabilità europeo: riclassificare le spese in prevenzione come investimento produttivo, scorporandole dalla spesa corrente, è una finestra politica da cogliere adesso, prima che si chiuda. Una convergenza di interessi tra industria, istituzioni e pazienti che raramente si ripresenta con questa chiarezza.

LA LOGISTICA FARMACEUTICA: BACKBONE DEL SISTEMA, ASSET STRATEGICO NAZIONALE

**Pierluigi Petrone | Presidente, LIPHE
Logistica Integrata Pharma and Healthcare**

Non c'è industria senza logistica. E nel caso dei farmaci, la logistica non è semplicemente la movimentazione di prodotti da un magazzino a uno scaffale: è il sistema che garantisce che la terapia giusta arrivi al paziente giusto nel momento giusto, in condizioni di integrità e sicurezza. Pierluigi Petrone, Presidente di LIPHE — la Logistica Integrata Pharma and Healthcare — ha portato alla Sessione 3 degli Stati Generali una dimensione del sistema farmaceutico raramente visibile nel dibattito pubblico, ma strutturalmente decisiva per la tenuta dell'accesso alle cure.

Il contesto è cambiato profondamente. I farmaci innovativi di ultima generazione — biologici, CAR-T, derivati da cellule staminali — richiedono condizioni di stoccaggio radicalmente diverse da quelle tradizionali. Alcuni devono essere conservati a meno 176 gradi Celsius. Gestire queste molecole richiede infrastrutture specializzate, competenze specifiche, investimenti significativi in cold chain e temperatura controllata. È una logistica ad alta complessità che, ha sottolineato Petrone, deve evolvere



alla stessa velocità dell'innovazione terapeutica che trasporta.

A questo si aggiunge il tema geopolitico. La pandemia da Covid-19 ha mostrato quanto fragile fosse la catena di approvvigionamento: mascherine, igienizzanti, principi attivi — gran parte prodotti in Cina e India — sono diventati improvvisamente indisponibili. L'80% dei principi attivi farmaceutici nel mondo proviene ancora da quei due paesi. Il rischio di carenze — già oggi una realtà concreta per molti farmaci essenziali, spesso sotto i 5 euro — non è un'ipotesi di scenario: è un problema che si ripete. La risposta strutturale è il reshoring: riportare in Europa, e in Italia, quote significative di produzione farmaceutica.

La proposta concreta di Petrone è quella di un magazzino nazionale condiviso — uno stock di consignment gestito in accordo con AIFA e il Ministero — che consenta agli ospedali di approvvigionarsi rapidamente in caso di carenza, senza attendere i tempi delle singole procedure di gara. Una soluzione che sfrutta le competenze logistiche già disponibili nel settore per risolvere un problema che oggi grava su ogni singola struttura sanitaria. Il Senato ha approvato il 30 dicembre scorso un ordine del giorno accolto dal Governo per riconoscere la logistica farmaceutica come attività essenziale strategica. Un primo segnale istituzionale importante, che Petrone ha citato come punto di partenza per costruire una vera politica di resilienza della filiera del farmaco in Italia.

Per i medici e le strutture sanitarie, il tema della logistica farmaceutica non è un dettaglio operativo: è la condizione concreta che determina se un farmaco approvato e rimborsato è effettivamente disponibile quando il paziente ne ha bisogno. La carenza di un farmaco essenziale — anche economico, anche a brevetto scaduto — può interrompere terapie croniche consolidate, generare ricoveri evitabili, caricare il pronto soccorso. Trattare la logistica come infrastruttura strategica, con gli stessi strumenti con cui si proteggono le infrastrutture energetiche, è una scelta di sistema che riguarda direttamente la continuità delle cure.

TRE OROLOGI CHE NON SI SINCRONIZZANO: INNOVAZIONE, REGOLE E BISOGNI DEL PAZIENTE

Marco Sala | Regional Strategic Partnership Lead, Argenx Italia

«**C**'è un tempo dell'innovazione, rapidissimo. C'è un tempo delle regole e della politica, quello necessario per garantire la sostenibilità. E c'è il tempo dei pazienti e dei loro bisogni. Questi tre orologi viaggiano a velocità estremamente diverse.» Con questa immagine Marco Sala, Regional Strategic Partnership Lead di Argenx Italia, ha sintetizzato alla Sessione 3 degli Stati Generali il nodo centrale del dibattito sull'accesso ai farmaci innovativi: il problema non è solo quanto velocemente vengono approvati, ma quanto velocemente — e in modo quanto disomogeneo — arrivano effettivamente ai pazienti.

Argenx è un'azienda biotecnologica specializzata in farmaci per malattie rare in ambito autoimmune: un contesto in cui le criticità del sistema di accesso emergono con particolare nitidezza. Il primo nodo è quello dei prontuari terapeutici regionali. Alcune regioni li mantengono, altre — tra cui

la Lombardia — non li hanno. Ma, ha osservato Sala, non si registra alcuna differenza misurabile tra i due sistemi né in termini di appropriatezza terapeutica né di spesa. Il prontuario regionale è spesso un passaggio burocratico aggiuntivo che allunga i tempi senza produrre valore clinico o economico riconoscibile.

Il secondo nodo riguarda le gare regionali per i farmaci orfani. Le malattie rare hanno per definizione un numero limitato di pazienti eleggibili e un unico produttore per ciascuna molecola. Sottoporre questi farmaci alle stesse logiche di gara dei farmaci ad ampia diffusione — con richieste di sconti, ribasso d'asta, aggiudicazione al prezzo minore — è, ha osservato Sala, «quasi incomprensibile». È un meccanismo pensato per la concorrenza di mercato applicato a un contesto in cui la concorrenza non esiste per definizione, con l'unico effetto di rallentare l'accesso e appesantire le aziende che già operano su margini stretti.

Il terzo nodo è quello dei farmaci multi-indicazione: la stessa molecola che ottiene successive approvazioni per indicazioni diverse è chiamata ogni volta a rinegoziare il prezzo, subendo ciascuna volta una perdita di valore. Per le aziende che operano nel campo delle malattie rare, questo meccanismo mette a rischio la sostenibilità dell'accesso al mercato italiano: dopo qualche indicazione, ha avvertito Sala, il conto non torna più. La conclusione è un appello alla sincronizzazione dei tre orologi: momenti come questi Stati Generali, ha sottolineato, sono utili esattamente per questo — per avvicinare il tempo dell'innovazione, il tempo delle regole e il tempo dei pazienti, costruendo un sistema che li faccia convergere invece di lasciarli divergere sempre di più.

Per i medici che lavorano in centri di riferimento per malattie rare, il messaggio di Sala ha una rilevanza diretta: la loro voce nei tavoli di negoziazione di AIFA, nei comitati etici regionali, nelle commissioni terapeutiche, è quella che può tradurre i bisogni reali del paziente in regole più razionali. Non è un ruolo politico: è un ruolo clinico che ha conseguenze politiche. E in un sistema dove le decisioni di accesso si prendono spesso senza l'evidenza clinica reale, portarla è già un cambiamento.

LEA E PRONTUARIO FARMACEUTICO

19 MARZO – SESSIONE 4

Quale futuro? Criteri, tempi e impatti sui sistemi regionali e sui territori

I LEA SONO UN PATTO COSTITUZIONALE: AGGIORNARLI È UN DOVERE, NON UNA SCELTA

Giovanna Beretta | Presidente, Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri della Provincia di Varese

LEA — i Livelli Essenziali di Assistenza — non sono una lista di prestazioni sanitarie. Sono il patto fondamentale tra lo Stato e il cittadino, il livello minimo di equità e coesione che un sistema sanitario universalistico deve garantire a chiunque, indipendentemente da dove vive e da quanto guadagna. Con questa premessa Giovanna Beretta, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Varese, è intervenuta alla Sessione 4 degli Stati Generali — e la sua presenza, in rappresentanza della professione medica organizzata, ha dato all'intervento un peso istituzionale diretto. Il quadro normativo attuale è fermo al DPCM del gennaio 2017, che era già una revisione del testo del 2001. Un aggiornamento che ha portato



novità importanti — nuove prestazioni, ampliamento dell'area della prevenzione, copertura di alcune patologie croniche — ma che oggi sconta un ritardo crescente rispetto all'evoluzione della medicina. Il nomenclatore delle prestazioni è stato scritto nel 2005: un'epoca in cui l'iPhone non esisteva ancora, e in

cui l'imaging diagnostico, la genomica, la telemedicina e la medicina di precisione erano scenari futuri, non realtà clinica quotidiana. Il secondo problema è strutturale: il nomenclatore è costruito sul modello della patologia acuta. Descrive bene ciò che si fa per un paziente con una diagnosi precisa in un momento

preciso. Fa fatica, invece, a descrivere i bisogni del paziente cronico — quello con comorbidità multiple, con percorsi di cura non lineari, con necessità che cambiano nel tempo e che sono definite più dalla persona che dalla malattia. Un limite che diventa critico in un Paese con 14 milioni di over 65 e una prevalenza crescente di patologie croniche. Un esempio concreto di ciò che si potrebbe fare: la semplificazione dei

piani terapeutici in ambito farmaceutico potrebbe liberare, secondo le stime disponibili, circa 5 milioni di appuntamenti ambulatoriali l'anno. Non è una promessa: è un calcolo conservativo su un adempimento burocratico che occupa tempo medico prezioso senza aggiungere valore clinico.

La Corte Costituzionale, nella sentenza n. 195 del 2024, ha stabilito che anche in un contesto di risorse

scarse le risorse per i diritti alla salute sono costituzionalmente necessarie. Non è una sentenza retorica: è un vincolo giuridico che obbliga il legislatore a garantire la sostenibilità dei LEA, non a usarla come alibi per non aggiornarli.

L'Ordine dei Medici è pronto a sedersi al tavolo per costruire un'agenda di riforma condivisa tra Stato, Regioni, cittadini e professionisti. Il punto di arrivo è uno solo: restituire piena attuazione ai principi di universalità, uguaglianza ed equità che sono l'anima del SSN.

Per i medici, il messaggio ha una valenza doppia. Professionale: ogni prestazione che non rientra nei LEA aggiornati è una prestazione che il medico non può prescrivere al paziente senza fargliela pagare di tasca propria o rischiare di non prescriberne affatto. Istituzionale: l'Ordine è uno degli attori che il tavolo di riforma deve includere — non come spettatore, ma come portatore di un'esperienza clinica quotidiana che nessun documento ministeriale può sostituire.



LA FARMACIA COME PRESIDIO DI PROSSIMITÀ: 4 MILIONI DI ACCESSI AL GIORNO IN ITALIA

Annarosa Racca | Presidente, Federfarma Lombardia

Quattro milioni. Sono i passaggi giornalieri nelle farmacie italiane secondo i dati IQVIA più recenti:

100 milioni al mese, quasi un milione al giorno in Lombardia. Il 75% degli italiani entra in farmacia almeno una volta al mese, il 40% ogni settimana. Sono numeri che Annarosa Racca, Presidente di Federfarma Lombardia, ha portato alla Sessione 4 degli Stati Generali per documentare un fatto spesso sottovalutato nel dibattito sulla governance sanitaria: la farmacia è il presidio di prossimità più capillare e più frequentato del sistema salute. Prima di qualunque altra struttura sanitaria.

Questa capillarità non è soltanto un dato di accesso: è un valore clinico e organizzativo che può essere messo a sistema in modo molto più efficace di quanto avvenga oggi. Racca ha elencato le funzioni che le farmacie lombarde già svolgono, spesso invisibili al grande dibattito istituzionale: gestione del CUP e delle prenotazioni, gestione delle esenzioni, rinnovo dei piani terapeutici, scelta e revoca del medico, distribuzione dell'as-



sistenza integrativa. Sono servizi che sgravano i medici di medicina generale e i poliambulatori, riducono le code agli sportelli amministrativi, avvicinano il sistema al cittadino. Particolarmente rilevante è il ruolo nella prevenzione. In Lombardia lo screening coloretale è attivo dal 1993 — tra i primi in Italia. Nel 2025 le farmacie lombarde hanno vaccinato 5.000 persone contro l'influenza e hanno avviato campagne di vaccinazione antitetanica e anti-HPV. Il sistema ARVAS, la piattaforma regionale per le vaccinazioni, integra farmacie, medici di medicina generale, pediatri e centri vaccinali ospedalieri in una rete coordinata: un modello di interoperabilità professionale che

funziona e che può essere esteso. Il tema dell'aderenza terapeutica merita un'attenzione speciale. La Lombardia ha mantenuto la spesa farmaceutica nei tetti regionali, e questo ha permesso di distribuire anche i farmaci innovativi attraverso la rete delle farmacie, migliorando la continuità terapeutica. Un passo ulteriore — la ricetta annuale per i pazienti cronici, invece del rinnovo periodico — produrrebbe un miglioramento dell'aderenza misurabile e ridurrebbe uno dei principali fattori di ricovero evitabile nelle patologie croniche.

Il dialogo tra medico e farmacista, ha concluso Racca, è il motore di questo sistema. Non è un rapporto di secondo livello: è una partnership clinica. Il dossier farmaceutico — come componente del fascicolo sanitario elettronico — è lo strumento che può renderlo sistematico, garantendo che le informazioni sui farmaci del paziente siano accessibili a entrambi i professionisti nel momento in cui servono.

Per i medici, la farmacia è già oggi un osservatorio privilegiato sull'aderenza terapeutica dei propri pazienti. Costruire canali formali di comunicazione — anche semplici, anche gradualmente — tra studio medico e farmacia di fiducia del paziente è uno degli interventi con il miglior rapporto tra investimento richiesto e impatto clinico atteso.

IL FARMACISTA TRA OSPEDALE E TERRITORIO: CONTINUITÀ TERAPEUTICA E APPROPRIATEZZA

**Andrea Mandelli | Presidente, FOFI
Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani**

La professione del farmacista è cambiata profondamente. Da distributore di farmaci a professionista della salute con un ruolo attivo nella continuità terapeutica, nella promozione dell'appropriatezza, nella raccolta e nel trasferimento di informazioni cliniche. Andrea Mandelli, Presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani, ha portato alla Sessione 4 degli Stati Generali una lettura del ruolo del farmacista che va ben oltre la dispensazione del prodotto — e che ha implicazioni dirette per il rapporto quotidiano tra farmacisti e medici.

Il primo punto è la continuità ospedale-territorio. Il passaggio del paziente dalla struttura ospedaliera alla gestione ambulatoriale e domiciliare è uno dei momenti più critici per la sicurezza e l'efficacia terapeutica. La farmacia può essere la cerniera di questo passaggio: il punto in cui il paziente dimesso dall'ospedale trova continuità di cura, riceve la terapia domiciliare, ottiene indicazioni sul corretto utilizzo dei farmaci prescritti. Il trasferimento di farmaci dalla dispensazione ospedaliera alla

distribuzione territoriale attraverso le farmacie, su cui si sta lavorando a livello normativo, va esattamente in questa direzione.

Il secondo punto è l'appropriatezza. «Appropriatezza fa rima con spesa», ha sintetizzato Mandelli: ridurre il sovrautilizzo, identificare le duplicazioni terapeutiche, individuare i pazienti a rischio di aderenza insufficiente sono funzioni che il farmacista può svolgere con strumenti già disponibili. In Italia, con oltre 19.000 farmacie distribuite su tutto il territorio nazionale, inclusi i comuni più piccoli e isolati, la capillarità della rete farmaceutica è un'infrastruttura unica per l'intercettazione precoce di problemi terapeutici. Il terzo punto — forse il più strategico — è il dossier farmaceutico. Come componente del fascicolo sanitario elettronico, il dossier farmaceutico raccoglie la storia terapeutica completa del paziente. È lo strumento che rende possibile il dialogo strutturato tra medico e farmacista: non uno scambio episodico di informazioni, ma una collaborazione continua e documentata. Quando il farmacista sa quali farmaci il paziente ha acquistato



e con quale frequenza, può segnalare al medico le interruzioni di terapia, le interazioni potenziali, i segnali di aderenza problematica.

L'obiettivo dichiarato è uno: razionalizzare la spesa garantendo un accesso equo alle cure. Un obiettivo che non si raggiunge con i tagli, ma con la qualità dell'uso delle risorse disponibili. E la farmacia, presidio di prossimità con 4 milioni di contatti al giorno, è un attore chiave in questo processo.

Mandelli ha ricordato che questa visione della farmacia di servizi non è nuova: nasce da un'idea della federazione del 2005 e si è sviluppata negli anni in modo progressivo. La sfida ora è istituzionalizzarla, integrarla pienamente nel sistema di governance sanitaria, riconoscendo al farmacista un ruolo clinico formale — non solo dispensativo — nella presa in carico del paziente cronico. Un riconoscimento che ha effetti diretti sulla qualità della cura e sull'uso delle risorse del sistema.

IL PRONTUARIO NON È UNA MANOVRA FINANZIARIA: DIFENDERE LA SCIENTIFICITÀ È DIFENDERE I PAZIENTI

Massimo Scaccabarozzi | Direttore, Think Tank “On Radar” Fondazione Menarini

«Il prontuario terapeutico è uno strumento dinamico che elenca i farmaci appropriati per efficacia, sicurezza e costo.» Massimo Scaccabarozzi, Direttore del Think Tank “On Radar” della Fondazione Menarini, ha citato questa definizione alla Sessione 4 degli Stati Generali per poi fare una domanda scomoda: quello di cui si sta parlando oggi in Italia risponde ancora a questa definizione, o si sta trasformando in qualcos'altro?

La risposta, ha detto senza eufemismi, è che rischiamo di chiamare “revisione del prontuario” quella che è una manovra economica camuffata da decisione scientifica. L'ipotesi circolante — raggruppare tutti i farmaci di una stessa categoria terapeutica in un unico prezzo di riferimento, partendo dal presupposto che siano equivalenti — è, secondo Scaccabarozzi, «una negazione della scientificità». Tutti i farmaci antipertensivi abbassano la pressione: ma hanno principi attivi diversi, profili di efficacia diversi, tollerabilità diversa. Trattarli come intercambiabili non è appropriatezza: è indifferenza clinica.



Il dato economico che dovrebbe far riflettere: una scatola di metformina — il farmaco di prima linea per il diabete di tipo 2 — costa tra 1,27 e 1,97 euro al pubblico. Un prezzo che copre a malapena i costi di produzione, distribuzione, confezionamento e il bollino del Poligrafico dello Stato. Produrre farmaci a questi prezzi è già oggi quasi insostenibile, con i costi dell'energia e dei trasporti aumentati e con l'80% dei principi attivi che proviene dalla Cina. Comprare ulteriormente i prezzi con una revisione al ribasso produrrebbe un unico effetto misurabile: aziende che sospendono la produzione, carenze, interruzioni di terapie croniche. Non un risparmio: un costo maggiore mascherato.

L'argomento della sicurezza nazionale, già emerso nella Sessione 3, si ripresenta con forza: se la Cina interrompesse la fornitura di principi attivi farmaceutici, l'Italia si troverebbe nell'impossibilità di produrre gran parte dei farmaci essenziali. È un rischio sistemico che rende la difesa della produzione farmaceutica domestica una questione di interesse collettivo, non solo industriale. La posizione di Scaccabarozzi è chiara e documentata: il prontuario deve restare uno strumento scientifico, fondato sull'evidenza clinica e governato da criteri di efficacia, sicurezza e costo-efficacia. Ogni deviazione da questo mandato, anche se giustificata da ragioni di bilancio, produce danni ai pazienti e costi sistemici maggiori di quelli che intende risparmiare. Per i medici, difendere la scientificità del prontuario non è una battaglia corporativa: è una battaglia per i propri pazienti. Quando un cardiologo sceglie tra due antipertensivi non li sceglie perché uno costa di più dell'altro: li sceglie perché il profilo di tollerabilità del paziente, la presenza di comorbidità, la storia clinica indicano che quello specifico principio attivo è più appropriato. Togliere questa possibilità di scelta clinica in nome di un risparmio economico di facciata è una perdita di appropriatezza reale che si ripaga in ricoveri, emergenze e peggioramenti evitabili.

IL PRONTUARIO COME CONTRATTO DI SERVIZIO: DATI, OMOGENEITÀ E BARRIERE DA RIMUOVERE

Francesca Patarnello | Vice Presidente, AstraZeneca Italia

«Il prontuario è il contratto di servizio tra il farmaco e la popolazione.» Con questa definizione Francesca Patarnello, Vice Presidente di AstraZeneca Italia, ha aperto il suo intervento alla Sessione 4 degli Stati Generali — e ha subito chiarito che questo contratto, pur partendo da premesse favorevoli, non viene rispettato in modo omogeneo su tutto il territorio italiano.

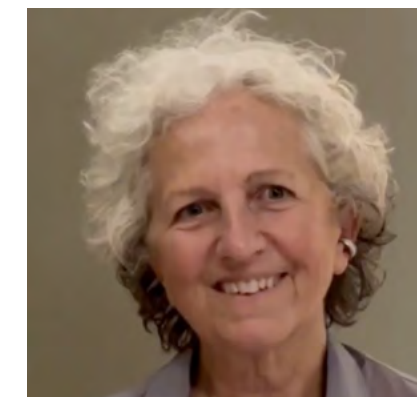
Il punto di partenza è positivo: l'Italia è il secondo paese in Europa per numero di farmaci disponibili nel prontuario nazionale. Un risultato che non va dato per scontato e che riflette un sistema regolatorio che funziona nella fase di approvazione. Il problema emerge subito dopo: di quel prontuario, uno su cinque farmaci ha limitazioni distributive o di accesso che ne riducono la disponibilità effettiva. E da quel punto in poi, ha spiegato Patarnello, la situazione peggiora rapidamente.

I tempi di inserimento nei prontuari terapeutici regionali variano da poche settimane a quasi un anno per lo stesso farmaco, nello stesso

Paese, nello stesso anno. Non c'è una spiegazione clinica o scientifica per questa variabilità: c'è un'inerzia istituzionale — spesso deliberata — fondata sulla logica che più tardi arriva il farmaco, meno si spende in quell'anno di bilancio. Una logica di cassa che produce disuguaglianze terapeutiche sistematiche.

Il secondo problema riguarda la semplificazione dei piani terapeutici. Quando le semplificazioni vengono decise a livello nazionale — rimozione di piani terapeutici non più giustificati clinicamente — accade frequentemente che le Regioni reintroducano propri sistemi di limitazione, neutralizzando il beneficio. C'è una mancanza di fiducia diffusa verso le intenzioni di semplificazione, che genera un circolo conservativo: ogni riduzione di barriera viene compensata da una nuova barriera locale.

La proposta di Patarnello è di usare i dati disponibili come strumento di governance attiva. OSMED — l'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali — è già una fonte di dati eccezionale per costruire una visione dinamica del prontuario: quali farmaci



vengono usati, in quali Regioni, con quali esiti rispetto ai fabbisogni di salute. Usare OSMED per confrontare le Regioni virtuose con quelle meno performanti, identificando le pratiche che funzionano e quelle che creano sprechi, è già possibile. Farlo sistematicamente trasformerebbe il prontuario da lista statica a strumento di governo clinico ed economico del farmaco.

Per i medici, il messaggio di Patarnello ha un'implicazione concreta: la prescrizione appropriata non è solo una responsabilità etica, è un contributo misurabile alla governance del sistema. Ogni prescrizione che segue le linee guida, ogni piano terapeutico gestito correttamente, ogni duplicazione terapeutica evitata libera risorse che il sistema può reinvestire in farmaci innovativi per i pazienti che ne hanno più bisogno. L'appropriatezza non è un limite alla libertà prescrittiva: è lo strumento con cui la libertà prescrittiva si esercita in modo sostenibile.

NON C'È SALUTE SENZA ECONOMIA, NON C'È ECONOMIA SENZA SALUTE: LA SFIDA DEL SISTEMA

Andrea Costa | Consulente, Ministero della Salute



«Non partiamo da zero. Partiamo da un'eccellenza invidiata in tutto il mondo.» Andrea Costa, Consulente del Ministero della Salute, ha portato alla chiusura della Sessione 4 degli Stati Generali una lettura che ha intrecciato il riconoscimento dei punti di forza del sistema sanitario italiano con una chiamata alla responsabilità collettiva per affrontarne le criticità. Un intervento volutamente politico nel senso più alto del termine: non tecnico, ma orientato alla visione.

Il titolo degli Stati Generali — Economia della Salute — trova in Costa una traduzione immediata: non c'è salute senza economia e non c'è economia

senza salute. Una formula che non è solo uno slogan, ma un cambio di paradigma nel modo in cui la politica sanitaria deve essere pensata e comunicata. La salute come condizione dell'economia, e l'economia come strumento per la salute: due variabili che si determinano a vicenda e che non possono essere governate separatamente.

La sfida identificata da Costa è quella di costruire un sistema sanitario che non si prenda solo cura della malattia, ma si prenda cura della persona. «Può sembrare una differenza banale», ha riconosciuto, «ma in realtà contiene un cambio di paradigma.» Significa passare da un sistema reattivo — che interviene quando la malattia c'è già — a un sistema proattivo, che costruisce salute prima che la malattia si manifesti. Significa integrare prevenzione, cura e riabilitazione in un percorso continuo centrato sulla persona e non sulle prestazioni.

Sul fattore tempo, Costa ha ripreso il filo conduttore della giornata con una distinzione importante: posso aspettare quattro anni il nuovo modello di

iPhone. Non posso aspettare quattro anni una terapia oncologica innovativa. I tempi della scienza e della ricerca si sono accorciati in modo radicale negli ultimi anni; i tempi di accesso alle terapie in Italia si sono invece allargati. Colmare questo gap è una priorità di sistema che richiede volontà politica, non solo riforme tecniche.

Il punto sulle risorse è strategico: far uscire le spese in sanità dal patto di stabilità europeo sarebbe una leva di finanziamento enorme, e una battaglia politica che l'Italia ha interesse a combattere a livello continentale. Un investimento in difesa, ha sottolineato Costa, è anche un investimento in salute e in prevenzione: le due cose non sono separabili in una visione moderna della sicurezza nazionale. L'invito finale è alla fiducia nel sistema e nelle sue eccellenze: la risposta alle sfide è già dentro il Paese, nelle competenze e nelle istituzioni. Va messa a sistema. Per i medici, il contributo di Costa ha un significato preciso: la qualità del sistema sanitario italiano non è un dato da difendere passivamente, ma un patrimonio da valorizzare attivamente nel dibattito pubblico. Comunicare i risultati, portare l'evidenza nelle sedi istituzionali, partecipare ai processi decisionali con la competenza clinica che solo la professione medica possiede: sono atti politici nel senso più alto, quelli che costruiscono le condizioni perché il sistema migliori.

PREVENZIONE ONCOLOGICA: CIÒ CHE SAPPIAMO E CIÒ CHE POSSIAMO FARE

Elio Riboli | Professor of Cancer Epidemiology and Prevention, Imperial College London



La prevenzione primaria e la diagnosi precoce non sono la stessa cosa, e confonderle produce politiche sanitarie inefficaci. Elio Riboli, Professore di Epidemiologia e Prevenzione del Cancro all'Imperial College di Londra, ha aperto l'intervento conclusivo degli Stati Generali dell'Economia della Salute con questa distinzione fondamentale — e l'ha tenuta ferma per tutto il suo contributo, uno dei più densi di dati scientifici dell'intera tre giorni.

La prevenzione primaria agisce sullo stile di vita: alimentazione, attività fisica, controllo del peso, eliminazione di fumo e alcol. Si misura con la riduzione dei tassi di incidenza. La prevenzione secondaria — lo screening — non riduce l'incidenza: riduce la mortalità, intercettando la malattia in uno stadio in cui è ancora trattabile. Entrambe sono necessarie; nessuna sostituisce l'altra.

I dati epidemiologici presentati da Riboli disegnano un quadro in cui l'azione preventiva ha già prodotto risultati misurabili, ma in modo disomogeneo. Il cancro del polmone negli uomini è diminuito — parallelamente

alla riduzione della prevalenza del fumo maschile — mentre nelle donne continua ad aumentare, con la prevalenza del fumo femminile ancora in crescita: in Italia 21-22% negli uomini, 19-20% nelle donne. Il 90% dei tumori polmonari è attribuibile al tabacco: è il più potente fattore di rischio modificabile nella prevenzione oncologica. Il cancro del colon-retto è fortemente legato alla sindrome metabolica — obesità e dieta inappropriata. Negli Stati Uniti l'incidenza si è dimezzata dopo l'introduzione della colonoscopia a 50 anni come screening di routine. In Italia la tendenza al calo è visibile nelle regioni dove il 70-75% della popolazione aderisce allo screening con sangue occulto nelle feci. Il 70% dei casi di cancro del colon può essere spiegato con fattori modificabili: un dato che rende la prevenzione primaria l'investimento con il maggior potenziale di impatto in questo tipo di patologia.

Per il cancro del seno, la sopravvivenza a 10 anni è passata dal 45% all'85% grazie alla combinazione di screening mammografico e terapie migliori. Il cancro dello stomaco è

diminuito ovunque grazie alla riduzione del consumo di sale e all'eradicazione dell'*Helicobacter pylori*. Il cancro del collo dell'utero si sta riducendo con la vaccinazione HPV.

Il messaggio per i medici è diretto: la prevenzione oncologica funziona, i dati lo dimostrano, e molto dipende da ciò che accade nello studio medico — nella conversazione con il paziente sullo stile di vita, nella proposta del test di screening, nella raccomandazione vaccinale. Non è tutto delegabile al sistema: parte dell'impatto è nelle mani del singolo professionista.

Riboli ha citato lo studio EPIC — mezzo milione di partecipanti, uno dei più grandi studi di coorte sulla dieta e il cancro mai realizzati — come fonte principale delle conoscenze attuali sul rapporto tra stile di vita e rischio oncologico. E ha annunciato un nuovo studio, Yugoody, aperto alla partecipazione di chiunque online, per aggiornare queste conoscenze in base ai cambiamenti delle abitudini alimentari degli ultimi decenni. Un segnale che la ricerca in prevenzione non si è fermata — e che i medici che vogliono aggiornare le proprie raccomandazioni ai pazienti hanno strumenti nuovi a disposizione.

SALUTE CIRCOLARE APPLICATA ALL'ANTIBIOTICORESISTENZA, L'EMPOWERMENT DEL CITTADINO A SOSTEGNO DELLE POLITICHE SANITARIE

20 MARZO – FOCUS ON

ANTIBIOTICORESISTENZA E SALUTE CIRCOLARE: 40 MILIONI DI MORTI ENTRO IL 2050

Ilaria Capua | Senior Fellow of Global Health, Johns Hopkins University SAIS Europe

L'antibioticoresistenza non è un problema clinico. È un problema sistemico, che si radica nell'interazione tra esseri umani, animali, ambiente e catene alimentari — e che richiede risposte altrettanto sistemiche. Ilaria Capua, Senior Fellow di Global Health alla Johns Hopkins University, ha portato agli Stati Generali dell'Economia della Salute una visione che aggiorna e amplia il paradigma One Health verso quello che definisce “salute circolare”: un approccio che integra sostenibilità ambientale, sicurezza alimentare e controllo delle infezioni in un unico quadro analitico. Il punto di partenza è il riconoscimento che il pianeta funziona come un sistema chiuso. I movimenti aerosolizzati di agenti patogeni, polveri, inquinanti non rispettano confini

nazionali: quello che avviene in qualsiasi parte della biosfera si ripercuote globalmente. In questo sistema, il consumo inappropriato di antibiotici — in ambito umano, veterinario, agricolo e nella gestione dei rifiuti farmaceutici — alimenta in modo diretto la selezione di ceppi batterici resistenti. Secondo le stime del Rapporto O'Neill, ripreso da Capua, entro il 2050 l'antibioticoresistenza causerà 40 milioni di morti a livello globale: un dato che supera di quasi sei volte la mortalità ufficiale da Covid-19. La componente personale del contributo scientifico è significativa: il professore di biologia di Capua è deceduto a 72 anni per un'infezione da batteri multiresistenti contratta durante una procedura di sostituzione del generatore di pacemaker. Un caso paradigmatico delle conseguenze



ze cliniche dell'AMR in contesti ad alta tecnologia medica. La risposta non può essere disciplinare. Medici, veterinari, farmacisti, dentisti, operatori dei rifiuti e agronomi devono convergere su azioni comuni: riduzione dell'uso non necessario di antibiotici, potenziamento della diagnostica di precisione, incremento delle coperture vaccinali come strumento di prevenzione dell'AMR, corretta eliminazione dei farmaci. Capua ha identificato tre comportamenti chiave per una rete di “ambasciatori” dell'antibioticoresistenza: promuovere l'igiene delle mani, utilizzare gli antibiotici in modo prudente e non disperdere i farmaci inutilizzati nell'ambiente.

PREVENZIONE E COMPORTAMENTO: LA SFIDA DI UN SSN CITIZEN-CENTERED

Rosanna Tarricone | Associate Dean, SDA Bocconi School of Management

Il Servizio Sanitario Nazionale è nel mezzo di una tempesta perfetta: invecchiamento demografico, calo della popolazione, aumento della cronicità e pressione finanziaria crescente convergono in un sistema che, da solo, non può reggere. È questa la cornice entro cui Rosanna Tarricone, Associate Dean della SDA Bocconi School of Management, ha inquadrato la necessità di un cambio di paradigma nella prevenzione — da problema di offerta a problema di domanda. I dati strutturali: entro il 2045 l'età media italiana raggiungerà i 52 anni; entro il 2100 la popolazione scenderà da 60 a 36,8 milioni. I 2/3 della spesa sanitaria pubblica 2023 è stata assorbita dalla cronicità; entro il 2038 il 46% della popolazione presenterà almeno una patologia cronica. I trasferimenti Stato-INPS per spese assistenziali valgono già 165 miliardi annui, con previsioni a 366 miliardi.



La prevenzione è la risposta economicamente più efficiente: ogni euro investito genera un ritorno di cinque euro. Eppure i dati comportamentali documentano una frattura sistemica tra offerta e adesione. Solo il 44% delle donne invitate aderisce allo screening mammografico; identica la percentuale per il coloretale. L'obesità infantile ha raggiunto il 33% — in Italia, Paese della dieta mediterranea — e il 46,3% degli adulti è in sovrappeso od obeso.

Oltre 8 milioni di italiani dichiarano un consumo alcolico problematico; il 35% è totalmente sedentario. Il nodo non è la disponibilità dei servizi ma la modificazione del comportamento. L'essere umano sottostima il proprio rischio di malattia e tende alla procrastinazione. Evidenze internazionali dimostrano che programmi di incentivazione aumentano le coperture vaccinali, la partecipazione agli screening e l'attività fisica, riducendo al contempo le disuguaglianze. In Regione Lombardia è in corso il progetto PARI (Programma di Azione Regionale di premialità per la Prevenzione): le stime preliminari indicano un potenziale di 174.000 anni di vita guadagnati e 46 milioni di euro di risparmio per il SSN regionale. La conclusione è sistemica: la salute è un diritto costituzionale, ma anche un dovere. Un SSN sostenibile richiede un approccio citizen-centered in cui ogni persona è coproduttore attivo della propria salute e della tenuta collettiva del sistema.

PAYBACK FARMACEUTICO E CLAUSOLE DI SALVAGUARDIA

20 MARZO – SESSIONE 1

Quali strumenti per rendere sostenibile l'innovazione terapeutica?

SUPERARE I SILOS: VERSO UNA GOVERNANCE FARMACEUTICA BASATA SULL'EVIDENZA

Francesco Saverio Mennini | Capo Dipartimento della Programmazione, del Farmaco e delle Politiche a favore del SSN – Ministero della Salute

Francesco Saverio Mennini, Capo Dipartimento della Programmazione del Farmaco al Ministero della Salute, ha aperto la Sessione 1 con una diagnosi precisa: il sistema si regge su strumenti emergenziali — tetto della spesa e payback — che andrebbero superati con una governance basata sull'evidenza e sulla programmazione. Il nodo principale è la logica dei silos: farmaceutica, ospedaliera, specialistica vengono governate separatamente, senza guardare al valore complessivo generato. Il farmaco che evita un ricovero non appare nel bilancio del tetto farmaceutico: un'irrazionalità sistemica che penalizza l'innovazione. Il Ministero sta costruendo un modello predittivo avanzato — operativo entro l'estate — che analizza



l'impatto reale delle tecnologie sui percorsi dei pazienti. In parallelo, la collaborazione con il MEF ha già prodotto 2,4 miliardi aggiuntivi nel Fondo Farmaceutico. Non risorse concesse per benevolenza: risorse ottenute portando le evidenze del valore generato dall'innovazione.

L'HTA è lo strumento di valutazione che permette di guardare il farmaco oltre il costo, considerandone il valore clinico, sociale ed economico sull'intera filiera di cura. Per i medici, contribuire con i propri dati clinici ai processi valutativi è parte integrante di questa strategia di sistema. La real world evidence nasce nella pratica clinica quotidiana: ogni percorso terapeutico tracciato, ogni outcome documentato contribuisce all'evidenza che trasforma la spesa farmaceutica da voce di costo a investimento documentato. Partecipare ai processi HTA regionali e nazionali non è un adempimento aggiuntivo: è l'esercizio di una responsabilità professionale che ha effetti concreti sulla disponibilità futura delle terapie innovative.

104 FARMACI AUTORIZZATI IN UN ANNO: IL SISTEMA DEVE IMPARARE A GESTIRE IL FLUSSO

Giovanni Pavesi | Direttore Amministrativo, AIFA

Nel 2025 l'EMA ha autorizzato 104 nuovi farmaci: 38 nuovi principi attivi, 16 orfani, 41 biosimilari. Quasi tutti arriveranno a chiedere rimborsabilità in Italia, dove l'80% dei farmaci autorizzati in Europa viene ammesso al rimborso — percentuale ben più alta di Francia e Germania. Non è un dato di cui vergognarsi: è la dimostrazione dell'orientamento del SSN verso la tutela del paziente. Ma è anche la spiegazione dello sfondamento sistematico del tetto farmaceutico ospedaliero.



Giovanni Pavesi, Direttore Amministrativo di AIFA, ha aggiunto un dato demografico che pesa: gli over 75 consumano in media tre volte più farmaci del resto della popolazione, e sette anziani su dieci assumono almeno cinque farmaci diversi. La sua proposta si articola su tre punti: tempi regolatori più veloci con rinegoziazioni strutturate, rilancio della ricerca clinica pubblica — oggi scesa al 30% degli studi rispetto all'80% di dieci anni fa — e un cambio culturale che tratti il farmaco

come strumento principe della cura, non come voce separata da ottimizzare in isolamento. Se un farmaco è più efficace del robot chirurgico in certi stadi oncologici, il sistema deve poterlo scegliere senza che i tetti separati glielo impediscano. La sfida per i prossimi anni è costruire una governance che superi la logica dei silos e valuti le tecnologie — farmaci, dispositivi, chirurgia — come strumenti alternativi o complementari di uno stesso obiettivo clinico. Un cambiamento culturale prima ancora che normativo, che richiede il contributo attivo dei clinici per produrre i dati che lo rendano possibile.

IL GIORNO DELLA MARMOTTA: BASTA TATTICA, SERVE UNA STRATEGIA PER LA FARMACEUTICA

Marcello Cattani | Presidente, Farmindustria

«Chi tiene le fila di una strategia e di una visione? Questa è la domanda

che oggi non ha risposta.» Marcello Cattani, Presidente di Farmindustria, ha usato l'immagine del giorno della marmotta per descrivere la governance farmaceutica italiana: gli stessi strumenti, le stesse discussioni, gli stessi blocchi — anno dopo anno. I numeri del settore sono forti: export cresciuto del 5,9% sull'ultimo dato disponibile, farmaceutica primo comparto manifatturiero italiano per valore aggiunto, crescita globale del mercato al 14%. Un settore che corre da solo — e che rischia di essere frenato da una regolamentazione che non tiene il passo.

Il paradosso denunciato è strutturale: tutta la discussione si concentra sul 15% della spesa sanitaria rappresentato dalla farmaceutica, mentre l'85% resta non misurato e non ottimizzato. Il payback sottrae 2,3 miliardi di investimenti ogni anno. La clausola di salvaguardia è una va-



lutazione meramente economicistica dell'innovazione. La revisione del prontuario ipotizzata — raggruppare farmaci diversi in un unico prezzo di categoria — porterebbe carenze e chiusure industriali.

La risposta è una Life Science Strategy che legghi salute, innovazione, investimenti e competitività industriale in un disegno coerente. Non un favore all'industria: una necessità del sistema paese in un contesto geopolitico in cui ogni anno di ritardo

costa. Cattani ha ricordato che le politiche commerciali americane stanno già producendo effetti sugli investimenti farmaceutici europei, e che la Cina sta costruendo una propria filiera di farmaci innovativi riducendo la dipendenza dai principi attivi. In questo scenario, la difesa della produzione farmaceutica italiana e la costruzione di condizioni attrattive per gli investimenti internazionali non sono obiettivi industriali: sono una questione di sicurezza nazionale e di continuità terapeutica per i pazienti.

PREVEDIBILITÀ REGOLAMENTARE: LA PRIMA CONDIZIONE PER INVESTIRE IN ITALIA

Nedim Pipic | Country Managing Director, Boehringer Ingelheim Italia

Per un'azienda farmaceutica con investimenti a lungo termine e rischi elevati, la prima condizione non è la dimensione del mercato: è la prevedibilità delle regole. Nedim Pipic, Country MD di Boehringer Ingelheim Italia, ha portato alla Sessione 1 questa prospettiva con dati precisi: le aziende healthcare a capitale tedesco in Italia generano 5,4 miliardi di produzione, oltre 9.000 occupati diretti, 14.000 lungo la filiera. Ogni euro investito produce quasi 3 euro di valore per l'economia. Oltre il 50% degli investimenti va in ricerca e sviluppo.

Il limite dell'approccio attuale è la governance ex post: si interviene sulla spesa quando gli scostamenti si sono già verificati. In un sistema dove la cronicità costa 67 miliardi l'anno e i pazienti con multicronicità sono tra 12 e 13 milioni, la sostenibilità non si gioca sul prezzo del singolo farmaco ma sulla capacità di prevenire le complicanze e governare i percorsi.

La proposta è in quattro direzioni: spostare il focus dal costo al valore, rafforzare l'accesso basato sugli esiti, investire in prevenzione come leva di sostenibilità, superare il payback con sistemi predittivi. Italia e Germania possono costruire un asse europeo nelle life sciences — ma solo se il sistema normativo lo rende attrattivo e stabile. Il cancelliere Merz e la presidente Meloni hanno già riconosciuto il settore farmaceutico come strategico nel bilaterale di gennaio 2026: le parole ci sono. Ora serve coerenza regolatoria. Per i medici il messaggio è diretto: le opzioni terapeutiche di domani dipendono dalle condizioni di investimento di oggi. Un sistema che scoraggia la ricerca è un sistema che impoverisce la clinica futura.



LONGEVITY ECONOMY, VACCINI E EARLY ACCESS: TRE PRIORITÀ PER IL 2026

Antonino Biroccio | Presidente e Amministratore Delegato, GSK Italia

« I 67% dei consumi globali è generato dagli over 50. Non si tratta di silver economy: si tratta di longevity economy. » Antonino Biroccio, AD di GSK Italia, ha proposto alla Sessione 1 un cambio di prospettiva: la popolazione anziana non è un costo sanitario da gestire, è un ecosistema economico da valorizzare con innovazione equa e sostenibile. GSK è la seconda azienda farmaceutica per addetti in Italia, con due siti produttivi, un centro di ricerca e un centro direzionale a Verona. Investe l'8% dell'intero investimento farmaceutico italiano in R&S. Tre sono le priorità indicate. La prima è la vaccinazione nell'adulto: lo 0,57% del FSN va alla prevenzione vaccinale, ma i risparmi generati negli adulti con comorbidità sono il doppio o il triplo di quelli già documentati. Riclassificare la spesa vaccinale come investimento — scorporandola dalla spesa corrente come per la difesa — è una strada percorribile.



La seconda è l'early access: Francia, Spagna e Grecia hanno già sistemi operativi che consentono l'accesso al farmaco appena arrivato il parere EMA, con negoziazione del prezzo in parallelo. L'Italia non ha ancora questo strumento. Costruirlo nel 2026 è la priorità più urgente.

La terza è il riconoscimento del footprint italiano: premiare chi investe in R&S e ricerca clinica in Italia, con strumenti misurabili inseribili nel testo unico della farmaceutica. Per i medici, il clinical trial è la leva più concreta: ogni centro che partecipa a una sperimentazione porta risorse nel sistema, produce evidenze real world e rafforza la tesi che l'Italia merita early access. Raccomandare attivamente la vaccinazione nell'adulto con comorbidità — non solo informarla — è invece la leva preventiva con il miglior rapporto costo-beneficio documentato.

CERTEZZA DELLE REGOLE, DATI E SUSSIDIARIETÀ: LA VISIONE DEL MEF

Fabio Pammolli | Consigliere del Ministro dell'Economia e delle Finanze

I MEF non è l'antagonista del sistema sanitario: è il soggetto che chiede evidenze per concedere risorse. Quando le evidenze ci sono, le risorse arrivano. Fabio Pammolli, Consigliere del Ministro dell'Economia, ha portato alla Sessione 1 una lettura controcorrente: l'assetto federale della sanità non ha peggiorato il sistema, lo ha migliorato. La tensione costruttiva tra standard nazionali e autonomia regionale è una risorsa, non un problema. Sul farmaco, il punto centrale è la certezza delle regole: in un settore regolato con tariffe pubbliche, la stabilità normativa è condizione non negoziabile per gli investimenti. Il payback nella forma assunta negli ultimi anni ha effetti distorsivi non quantificabili ex ante — e quindi non calcolabili nel rischio d'impresa. Vincolarli a criteri certi e misurabili è una priorità condivisa. I modelli di riferimento esistono: il PROFARMA spagnolo e il sistema francese collegano il riconoscimento degli investimenti alla determinazione

del prezzo. Non è un favore all'industria: è un meccanismo che allinea gli incentivi di chi investe con quelli del sistema. Sulla ricerca clinica, Pammolli ha segnalato un'opportunità concreta: le strutture cliniche italiane sono di primo livello, ma il quadro sulla privacy impedisce al settore pubblico di usare i propri dati per la propria autovalutazione. Uno squilibrio che va corretto a livello politico, non lasciato all'interpretazione del Garante. Per i clinici che lavorano in strutture di ricerca, la posizione di Pammolli è un invito operativo: i dati che nascono nella pratica quotidiana hanno valore sistemico. Partecipare a registri strutturati, condividere dati anonimizzati con i processi HTA, collaborare con l'analisi di impatto delle tecnologie: sono contributi che trasformano la competenza clinica in governance del valore — e che il MEF, come ha dimostrato negli ultimi tre anni, sa riconoscere con risorse concrete.



LE TRE P: PROPORZIONALITÀ,
PREVEDIBILITÀ, PROGRAMMAZIONE

Jacopo Murzi | Amministratore Delegato, Johnson & Johnson Innovative Medicine Italia

I payback farmaceutico vale oggi oltre 2 miliardi di euro annui a carico delle aziende. Se fosse un'imposta, l'aliquota effettiva complessiva di un'azienda farmaceutica raggiungerebbe il 70%: quasi tre volte la media societaria. Jacopo Murzi, AD di J&J Innovative Medicine Italia, ha usato questo calcolo alla Sessione 1 per dare la misura del problema e per proporre una via d'uscita strutturata.

J&J Italia ha oltre 1.500 dipendenti, uno stabilimento produttivo tra i più innovativi del gruppo a livello globale ed è tra le prime aziende per studi clinici in Italia. Una presenza che Murzi vuole rafforzare — ma che richiede un sistema normativo prevedibile.

La clausola di salvaguardia non è strutturalmente diversa dal payback: è un taglio di prezzo imposto a cluster di farmaci con la stessa logica emergenziale. Nessuna delle due misure risponde alla domanda su quanto valgono quelle terapie per i pazienti e per il sistema.



La risposta è nelle tre P. Proporzionalità: il farmaco va valutato sul valore generato nell'intero percorso di cura, non solo al momento dell'acquisto. Prevedibilità: senza certezza normativa a medio termine, gli investimenti non si programmano. Programmazione: la governance farmaceutica deve guardare a orizzonti pluriennali, non sopravvivere di proroghe trimestrali. L'Italia ha già i registri, i dati, i sistemi di real world evidence. Manca la volontà di usarli

per costruire una strategia invece di inseguire il bilancio dell'anno corrente. Murzi ha chiuso con un'apertura verso la co-costruzione: J&J vuole essere partner delle istituzioni in questa trasformazione. Il testo unico della farmaceutica è il veicolo naturale: l'occasione per dare finalmente al sistema una cornice organica che sostituisca decenni di norme stratificate e consenta di costruire la governance del valore che i pazienti, i clinici e le imprese attendono.

PREVIDENZA INTEGRATIVA E WELFARE SANITARIO

20 MARZO – SESSIONE 2

Strumenti per sostenere la spesa sanitaria e promuovere equità

PENSIONI, PAYBACK E FINANZA PUBBLICA:
UN'OPERAZIONE VERITÀMassimo Garavaglia | Presidente, 6^a Commissione Finanze e Tesoro
Senato della Repubblica

Massimo Garavaglia, Presidente della Commissione Finanze del Senato, ha portato alla Sessione 2 degli Stati Generali un approccio da economista prima che da politico: meno retorica, più precisione sui meccanismi che reggono — o non reggono — il sistema previdenziale e sanitario italiano. Il primo punto riguarda la previdenza. Le pensioni future dei lavoratori under 40 sono calcolate interamente sui contributi versati: non c'è redistribuzione intergenerazionale, non c'è solidarietà automatica. Chi versa poco prende poco. Chi non aderisce ai fondi integrativi aziendali, ha detto Garavaglia senza eufemismi, sta semplicemente perdendo un'opportunità. Il problema è culturale: manca consapevolezza diffusa su come

funziona il sistema contributivo, e quella mancanza si traduce in scelte finanziariamente svantaggiose per milioni di lavoratori.

Sul payback farmaceutico, la proposta di Garavaglia è operativa. La quota che le aziende versano alle Regioni va vincolata alla spesa farmaceutica, eliminando l'azzardo morale che oggi permette alle Regioni di usare liberamente quei fondi. La quota aziendale, invece, va sterilizzata in funzione degli investimenti effettuati in Italia: chi investe di più paga meno payback. Il meccanismo allinea gli incentivi, premia chi radica produzioni e ricerca nel Paese, riduce il warning che oggi allontana gli investitori internazionali.

Il quadro macro che Garavaglia ha delineato è chiaro: rimanere sotto il 3% di deficit non è un capriccio



contabile, è la condizione che protegge la spesa sociale — sanità e previdenza in testa — dalle pressioni della spesa per la difesa. Quella scelta strategica vale più di qualsiasi singolo fondo in legge di bilancio. E cambiare la casellina Eurostat — riconoscere i farmaci innovativi come investimento e non come spesa — libererebbe risorse enormi senza toccare il bilancio ordinario.

LE PROFESSIONI SANITARIE: CHI TIENE IN PIEDI OGNI GIORNO IL SSN

Ugo Cappellacci | Presidente, XII Commissione Affari Sociali – Camera dei Deputati

«Chi tiene in piedi ogni giorno il nostro SSN?» La risposta di Ugo Cappellacci, Presidente della XII Commissione Affari Sociali della Camera, è cifrata in un numero: quasi un milione e mezzo di professionisti sanitari che ogni giorno erogano circa 2 milioni di prestazioni. Non è un dato retorico: è il punto di partenza di qualunque ragionamento serio sulla sostenibilità del sistema.

La Commissione ha concluso un'indagine conoscitiva sulle professioni sanitarie – un lavoro lungo, con tutti gli attori del sistema al tavolo – i cui risultati hanno alimentato la legge delega che il governo ha presentato proprio partendo da quelle evidenze. È un tema che si intreccia direttamente con l'economia della salute: non si può parlare di sostenibilità senza parlare delle condizioni in cui lavorano i professionisti che la sostengono.

Cappellacci ha ribadito che la direzione è quella giusta: dopo anni



di definanziamento partito con il governo Monti, il governo attuale ha invertito la rotta, tornando a mettere la sanità al centro dell'agenda. Ma non basta aumentare le risorse: serve un quadro normativo che consenta alle aziende – farmaceutiche, biomedicali, tecnologiche – di operare con certezza degli investimenti e visione di lungo periodo. Senza una governance stabile che integri SSN, sanità integrativa e investimento privato in modo organico, le risorse disponibili

non produrranno il cambiamento che il sistema richiede.

Il messaggio ai medici è diretto: la loro presenza nei processi di riforma – nelle commissioni parlamentari, nei tavoli tecnici, nelle indagini conoscitive – è il contributo più prezioso per garantire che le norme che escono dalla politica siano ancorate alla realtà clinica quotidiana.

SECONDO PILASTRO, FONDI INTEGRATIVI E EDUCAZIONE FINANZIARIA PER LA SALUTE

Marco Osnato | Presidente, VI Commissione Finanze – Camera dei Deputati

«Questo governo ha investito in salute più di ogni altro governo della storia repubblicana.» Marco Osnato, Presidente della Commissione Finanze della Camera, ha aperto il suo intervento con il dato: con la legge di bilancio si arriverà a 155 miliardi nel 2028. Eppure le risorse restano “limitate” – non in termini assoluti, ma in termini relativi a una società che invecchia, che si ammala in modo più cronico e che chiede a un sistema universale prestazioni sempre più costose e sofisticate.

La risposta non è solo finanziaria: è culturale. Gli italiani devono cominciare a capire che per il futuro – previdenza, salute, assistenza – esistono strumenti complementari al pubblico che possono essere anche remunerativi. Non è un invito a privatizzare il welfare: è un invito a costruire un secondo pilastro che si affianchi al primo senza sostituirlo, raccogliendo risorse private in modo fiscalmente incentivato e orientan-

dole verso investimenti strategici, tra cui la salute stessa.

Osnato ha indicato il DDL al Senato per il riordino della materia – distribuzione dei medicinali, farmacia territoriale, integrazione delle banche dati sanitarie, sostenibilità dell'innovazione – come il veicolo per uscire da una logica novecentesca in cui il welfare è solo ammortizzatore sociale e diventare invece una grande opportunità di redistribuzione equa delle prestazioni sanitarie e farmaceutiche. Un sistema che integra pubblico, fondi integrativi aziendali, compagnie assicurative e risparmio privato non è un sistema meno universale: è un sistema più resiliente, capace di garantire accesso equo anche quando le risorse del solo bilancio pubblico non bastano.



I FARMACI EQUIVALENTI: 9 MILIARDI DI RISPARMIO E UN GAP CULTURALE DA COLMARE

Riccardo Zagaria | Presidente, Egualia

Dal 2012 al 2024 i farmaci equivalenti hanno generato 6,9 miliardi di risparmi per il SSN; i biosimilari altri 2,3 miliardi. Quasi 9 miliardi in dodici anni — risorse che il sistema ha potuto reinvestire in innovazione. Riccardo Zagaria, Presidente di Egualia, ha portato questi numeri alla Sessione 2 degli Stati Generali per smontare un equivoco ricorrente: equivalenti e innovativi non sono in opposizione, sono le due facce della stessa medaglia. Uno libera le risorse che l'altro utilizza.

Il problema è culturale. In Italia la penetrazione del farmaco equivalente sulla spesa territoriale fuori brevetto è intorno al 30%: una percentuale bassa rispetto al potenziale, con punte del 45% al Nord e meno della metà al Sud. Il paradosso è che il gap è più ampio proprio dove il PIL è più basso — dove cioè risparmiare sarebbe più urgente. I cittadini pagano 1,2 miliardi di copayment che potrebbero evitare semplicemente



scegliendo l'equivalente, spesso per mancanza di informazione sull'equivalenza terapeutica. La proposta di Zagaria è concreta: niente misure spot, ma una strategia nazionale di informazione sistematica. Il messaggio da trasmettere è semplice e documentato: i farmaci equivalenti hanno la stessa efficacia degli originator. Non è un'opinione: è la base della regolamentazione

EMA. Zagaria ha anche segnalato la contraddizione della revisione del prontuario ipotizzata per gli inibitori di pompa — farmaci con spesa già sotto controllo — come esempio di intervento che crea confusione invece di risolvere problemi. Il messaggio finale ai clinici: prescrivere l'equivalente quando appropriato è un atto di equità verso i pazienti e di razionalità verso il sistema.

IL PRIVATO NEL SSN NON È UN'OPZIONE: È STRUTTURA. I NUMERI LO DIMOSTRANO

Gabriele Pelissero | Presidente Nazionale, AIOP

« Il nostro sistema sanitario non è un sistema sanitario pubblico. È un sistema sanitario misto. » Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale di AIOP, ha aperto il proprio intervento con questa affermazione — non una provocazione, ma una descrizione della realtà: quasi il 30% dei cittadini che si ricoverano in ospedale lo fa in una struttura di diritto privato, con il tesserino del SSN. Nelle cinque regioni più popolate d'Italia la quota di attività privata accreditata è costantemente sopra il 40%. Se domani mattina si togliessero gli erogatori privati accreditati dal sistema, ha ricordato Pelissero, sparirebbero 2,1 milioni di ricoveri annui che nessuna struttura pubblica sarebbe in grado di assorbire. Non è un'ipotesi: è il calcolo di un sistema che si è sviluppato in modo complementare e che oggi è parte costitutiva dell'offerta sanitaria pubblica.



Sul versante della sostenibilità, i numeri sono altrettanto chiari. La spesa complessiva per la salute vale l'8,4% del PIL: 6,4% da Stato e Regioni, 2,1% direttamente dai cittadini attraverso out of pocket, mutue e fondi. Il secondo pilastro vale già 42 miliardi, con un potenziale di crescita stimato in altri 17 miliardi se venisse rimosso un vincolo normativo del 1999 che limita la capacità degli erogatori privati di fornire prestazioni SSN nelle aree di maggiore domanda — quelle

che generano le liste d'attesa. Una piccola modifica normativa con un impatto immediato e misurabile sulla capacità del sistema di rispondere alla domanda dei cittadini senza caricare ulteriormente il bilancio pubblico.

ASSICURAZIONI SANITARIE: RIORDINARE PER GARANTIRE SOLVIBILITÀ ED EQUITÀ

Umberto Guidoni | Co-Direttore Generale, ANIA

La spesa out-of-pocket degli italiani è tra le più alte dell'OCSE: circa 1.200 euro pro capite, per un totale di 46 miliardi. Di questi, quasi 40 miliardi non sono intermediati da nessun soggetto assicurativo o mutualistico: sono spese dirette che i cittadini sostengono da soli, senza protezione, senza ottimizzazione, senza garanzie di solvibilità. Umberto Guidoni, Co-Direttore Generale di ANIA, ha portato questo dato alla Sessione 2 degli Stati Generali come punto di partenza per un ragionamento sul riordino del sistema di intermediazione sanitaria privata.

Il sistema assicurativo destina già il 78% dei premi incassati al rimborso delle spese mediche: una quota alta che dimostra la vocazione protettiva del settore, ma che opera in un contesto normativo disomogeneo.



La proposta di Guidoni è un riordino che stabilisca requisiti di solvibilità per tutti i soggetti che intermediano spesa sanitaria — assicurazioni, fondi, mutue — e che istituisca un organismo di vigilanza unico. Senza requisiti minimi, il rischio è che fondi con struttura patrimoniale fragile non siano in grado di garantire le prestazioni promesse nel momento del bisogno.

Il secondo nodo riguarda i vantaggi fiscali: oggi sono vincolati alle prestazioni extra-LEA. Se non si supera questo vincolo — consentendo deduzioni anche per prestazioni che rientrano nei LEA ma non sono accessibili nei tempi del SSN — la sussidiarietà assicurativa resta marginale. Guidoni ha infine quantificato il longevity risk: la spesa dei caregiver vale 33 miliardi, che sommati ai 46 di out-of-pocket portano il peso privato della salute a circa 80 miliardi annui. Un sistema che non governa questo flusso lo lascia esposto e inefficiente.

RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI 20 MARZO – SESSIONE 3

Il ruolo delle politiche regionali tra prevenzione e presa in carico della cronicità

LEGGERE I DATI, ACCOMPAGNARE IL CAMBIAMENTO, SOSTENERE LE REGIONI

Angelo Tanese | Direttore Generale, AGENAS

«Il divario tra le regioni c'è. Non dobbiamo sorprenderci.» Angelo Tanese, Direttore Generale di AGENAS da poche settimane al momento degli Stati Generali, ha scelto la chiarezza come stile: le disuguaglianze esistevano già quando le USL erano tutte uguali, prima della regionalizzazione. Chiamarsi allo stesso modo non significava erogare gli stessi servizi. Il problema non è strutturale per definizione: è organizzativo, ed è risolvibile. La regionalizzazione non ha, come dire, ridotto la capacità del sistema di essere responsabilmente orientato a dare servizio ai cittadini, semmai l'ha aumentata. Resta il fatto che se noi guardiamo i dati ci sono molti elementi di differenza tra le regioni. Il caso del diabete illustra la portata

del problema con precisione: prevalenza del 4,8% a livello nazionale, ma distribuzione asimmetrica — più alta al Sud, dove la prevenzione è più debole. L'aderenza alla terapia è mediamente del 25%, ma varia dal 10% in alcune regioni meridionali al 40-50% in quelle settentrionali. A parità di risorse disponibili — il PNRR sta finanziando le stesse strutture ovunque — il deficit è di organizzazione e di costruzione della rete territoriale, non di risorse. Detto questo, vorrei spostare le lancette sul futuro, come giustamente diceva Carlo Nicora questa mattina. Parliamo di futuro. Il futuro lo vedo in maniera molto diversa dalla fotografia che potrebbe in qualche modo allarmare la tempesta perfetta di cui si parlava, perché in quella tempesta perfetta noi oggi abbiamo la possibi-



lità di guardare lucidamente a quella che è la nostra responsabilità, la nostra capacità, le nostre possibilità. Oggi tutte le regioni, anche quelle in difficoltà, stanno facendo degli sforzi straordinari per cambiare il servizio sanitario. Stanno facendo degli sforzi per migliorare le loro performance, per realizzare le strutture del PNRR, stanno facendo degli sforzi per migliorare le liste d'attesa.

AGENAS ha identificato tre direzioni. La prima: leggere i dati in modo dinamico, non per fare classifiche, ma per aiutare le regioni a capire dove intervenire. La seconda: accompagnare il cambiamento. Il rapporto tra Stato e Regioni non può essere un rapporto di controllo, deve essere un rapporto di collaborazione. La terza: sostenere le regioni più deboli con strumenti concreti — management capace, visione condivisa, tecnologie digitali integrate. Noi abbiamo uno straordinario bisogno di management, perché se dobbiamo gestire nell'incertezza, la complessità e avere la capacità di costruire, di cambiare le prassi, questa cosa si fa solo attraverso una grande capacità manageriale a tutti i livelli e il pubblico ne ha tantissimo bisogno ancora, proprio perché non è facile convincere dei sindaci a chiudere piccoli ospedali. Non è facile cambiare la prassi e i comportamenti dei professionisti, bisogna trovare delle leve che funzionino e per questo è richiesta una grande capacità di visione, di

leadership, di ascolto, di dialogo, di comprensione dei punti di vista, per sostenere il cambiamento attraverso gli strumenti che abbiamo oggi con il fascicolo sanitario, con l'intelligenza artificiale, con le piattaforme di telemedicina. Ma gli strumenti da soli non bastano, occorrono visione e relazioni. È veramente sbagliato oggi pensare che noi possiamo attuare il DM77, cioè quello che riorganizza i modelli di assistenza con le stesse categorie della 833. Se noi facciamo questo con la convinzione che dobbiamo replicare quello che abbiamo pensato 50 anni fa in una realtà che è molto più complessa, molto più connessa e molto più dinamica, sbagliamo. Quindi anche su questo direi che bisogna costruire una visione condivisa di quello che sarà il futuro. L'altro aspetto sono le relazioni. Ricostruire rapporti di fiducia tra i livelli istituzionali si può fare soltanto se ci aiutiamo facendo le cose. La fiducia non si costruisce con le parole, ma si costruisce con i fatti e quindi anche la fiducia dei cittadini è legata alla

credibilità che noi abbiamo. Quindi lo sforzo, l'impegno, la responsabilità che ci dobbiamo mettere è quella di cambiare le cose per dimostrare ai cittadini che il servizio sanitario ce la sta facendo a cambiare, ce la può fare. Io sono convinto che abbiamo una grande prospettiva, però tutto questo non va banalizzato e soprattutto non va ricondotto a degli stereotipi del passato perché dobbiamo costruire un altro modello di sanità, un altro modello di assistenza.

INVESTIMENTI PUBBLICI E DISUGUAGLIANZE: SERVONO LA RICETTA INTERA, NON UN SOLO INGREDIENTE

Alessandro Morelli | Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio con delega al CIPESS

«Siamo di fronte a un piatto del menù che per avere una risposta ha bisogno di una ricetta intera.» Alessandro Morelli, Sottosegretario con delega al CIPESS, ha usato questa metafora per descrivere la complessità delle disuguaglianze territoriali in sanità: aumentare i fondi è necessario ma non sufficiente, come dimostra il fatto che regioni con più risorse mostrano talvolta più inefficienze di regioni che ne hanno meno.

Il CIPESS distribuisce il Fondo Sanitario Nazionale con criteri che negli ultimi due anni si sono arricchiti: alla tradizionale quota pro capite pesata per età si sono aggiunti la densità abitativa, l'estensione territoriale e gli indici di fragilità. Una correzione significativa che riconosce come il costo dell'erogazione non sia uguale in un'area metropolitana e in un territorio montano disperso.



Ha citato l'esperienza delle Olimpiadi invernali 2026 come prova di fattibilità: in tempi rapidissimi è stata costruita a Livigno un'infrastruttura 5G con servizi sanitari a distanza ad alto livello. Replicarlo nella normalità è la sfida, non la ripetizione dell'eccezionale.

Il tema della medicina difensiva ha ricevuto un'attenzione diretta: Morelli ha chiesto ai professionisti sanitari presenti suggerimenti su come aiutare i medici a resistere alla pressione del paziente che chiede prestazioni non necessarie. Non è una domanda retorica: è il riconoscimento che l'inappropriatezza prescrittiva è una delle cause strutturali delle liste d'attesa, e che il sistema legislativo può fare la propria parte — ma ha bisogno della competenza clinica per farlo bene.

3. RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE TERRITORIALI

MODELLI REGIONALI A CONFRONTO: CIÒ CHE FUNZIONA E PERCHÉ

**Massimo Fabi | Assessore alla Salute, Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Commissione Salute, Conferenza delle Regioni**

«Non c'è un unico modello vincente.»
Massimo Fabi, Assessore alla Salute dell'Emilia-Romagna e Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, ha portato alla Sessione 3 una riflessione comparativa sui modelli regionali che funzionano — e sulle condizioni che li rendono replicabili.

La Toscana ha investito in modo strutturato sulla medicina territoriale e sulla prevenzione, contenendo alcune disuguaglianze nell'accesso alle cure. Il Veneto si distingue per un'alta efficienza organizzativa e un'integrazione forte tra ospedale e territorio. L'Emilia-Romagna ha puntato su distretti sociosanitari potenziati, integrazione con i servizi sociali degli enti locali e accordi integrativi regionali con i medici di medicina generale che aprono a una governance più raffinata dell'appropriatezza prescrittiva e della presa in carico della cronicità.



Il denominatore comune non è la ricchezza della regione: è la qualità dell'organizzazione, la capacità di combinare prevenzione, territorio e ospedale in una filiera coerente, e il valore attribuito al capitale sociale — le associazioni di volontariato, gli enti del terzo settore, le reti comunitarie che costituiscono l'infrastruttura invisibile del welfare.

Fabi ha sottolineato che i criteri di riparto del FSN devono evolvere ulteriormente, includendo gli indici di deprivazione sociale e la dispersione demografica. E ha avanzato una proposta: sistemi informativi interoperabili e comparabili tra tutte le regioni, con profili di salute condivisi costruiti con AGENAS, per trasformare la conoscenza dei bisogni da patrimonio di singole eccellenze a strumento di governo nazionale.

4. SANITÀ DIGITALE E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

SANITÀ DIGITALE E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA 20 MARZO – SESSIONE 4

DALLA VETRINA ALLA QUOTIDIANITÀ: LA SFIDA DELLA TRASFERIBILITÀ DEL DIGITALE IN SANITÀ

**Emanuele Lettieri | Direttore Scientifico, Osservatorio Life Science Innovation
Politecnico di Milano e membro del Comitato Tecnico Scientifico
dell'Intergruppo Parlamentare Sanità Digitale e Terapie Digitali**

La sanità digitale è troppo spesso una vetrina: progetti pilota che funzionano in contesti ottimali — organizzazioni mature, professionisti motivati, pazienti disposti — e che faticano a diventare pratica quotidiana. Emanuele Lettieri, Direttore Scientifico dell'Osservatorio Life Science Innovation del Politecnico di Milano, ha costruito il suo intervento alla Sessione 4 degli Stati Generali attorno a una sola parola chiave: trasferibilità.

La domanda giusta non è più “il progetto ha funzionato?” ma “questi risultati sono scalabili su 1.000, 10.000, 100.000 utenti in contesti diversi?” I dati raccolti nei pilot raramente rispondono a questa doman-

da, perché sono stati progettati per dimostrare l'efficacia in condizioni controllate, non l'effectiveness nella pratica reale.

Lettieri ha identificato quattro condizioni per uscire dalla vetrina: integrazione nei percorsi clinici e nei sistemi informativi esistenti, senza cui la tecnologia rimane un'isola; governance con ruoli e responsabilità definiti, che permetta di estendere i modelli; fiducia da parte dei professionisti — senza medici motivati non ci sono pazienti convinti; e sostenibilità industriale e organizzativa che garantisca la scalabilità nel tempo. Vanno poi raccolti i dati che consentano al regolatore di autorizzare la scalabilità con certezza scientifica. Il loro engagement non è un aspet-



to accessorio della digitalizzazione sanitaria, è la condizione senza la quale nessuna tecnologia produce valore reale. La fiducia del paziente verso il digitale passa quasi sempre attraverso la fiducia nel proprio medico.

LA LEGGE SULLE TERAPIE DIGITALI: UN PASSO AVANTI VERSO LA RIMBORSABILITÀ

Simona Loizzo | Membro Commissione XII Affari sociali, Camera dei Deputati e Presidente, Intergruppo Parlamentare Sanità Digitale e Terapie Digitali – Camera dei Deputati

Le terapie digitali — software medici che producono effetti terapeutici documentati — stanno per avere in Italia una legge dedicata. Simona Loizzo, Presidente dell'Intergruppo Parlamentare Sanità Digitale, ha annunciato alla Sessione 4 che la legge va in aula a metà aprile 2026: un passaggio atteso da anni da startup, clinici e pazienti che si trovavano a lavorare con strumenti tecnologicamente avanzati privi di qualsiasi cornice regolatoria.

Il finanziamento della legge è previsto in tre anni — dal 2026 al 2029 — con focus sulle startup più innovative. L'obiettivo non è solo creare un mercato: è garantire che i dati prodotti dalle terapie digitali siano attendibili, riproducibili e utilizzabili per le decisioni cliniche e regolatorie.



Loizzo ha indicato due criticità su cui la legge deve dare risposta: la mancanza di regolazione chiara sui requisiti di evidenza per la rimborsabilità, e la capacità degli operatori sanitari di valutare e prescrivere terapie digitali. Il 60% dei medici italiani si sente poco o nulla formato sull'uso di strumenti digitali: una percentuale che rende urgente un piano nazionale di aggiornamento professionale.

Il principio guida scelto è quello della governance dei dati a livello regionale, con condivisione a livello centrale solo dei modelli e dei risultati — un equilibrio tra autonomia locale e interoperabilità nazionale che cerca di evitare sia la frammentazione sia la centralizzazione eccessiva.

ALFABETIZZAZIONE SANITARIA NELL'ERA DELL'AI: IL RISCHIO DELLE FAKE NEWS SULLA SALUTE

Michele Albero | Presidente, Assosalute

Il 49,6% degli italiani usa oggi chatbot di intelligenza artificiale per cercare informazioni sulla salute. Tra i giovani la percentuale sale al 70%. Michele Albero, Presidente di Assosalute — l'associazione delle aziende produttrici di farmaci da banco — ha portato questo dato alla Sessione 4 degli Stati Generali per sollevare una questione che rischia di essere sottovalutata nel dibattito sulla sanità digitale: il digitale può fare enormi beni, ma può anche amplificare le fake news in modo proporzionale alla sua velocità di diffusione.

Quando un algoritmo produce una risposta su sintomi, farmaci o trattamenti, l'utente tende a percepirla come affidabile anche quando non lo è. La credibilità percepita del mezzo trasferisce autorevolezza al contenuto, indipendentemente dalla sua qualità scientifica. Il rischio per la salute pubblica è reale: decisioni cliniche autodirette basate su informazioni errate, ritardi nella dia-



gnosi, uso inappropriato di farmaci da banco o abbandono di terapie prescritte. La risposta di Assosalute è il concetto di alfabetizzazione sanitaria: non demonizzare il digitale, ma costruire la capacità dei cittadini di distinguere le fonti certificate da quelle non certificate. Il fascicolo sanitario elettronico con il dossier farmaceutico è citato come esempio positivo: uno strumento che porta informa-

zioni verificate, personalizzate e condivise tra medico e farmacista, riducendo l'ambiguità informativa. Il punto chiave per i medici: in un ecosistema informativo frammentato, la loro voce certificata resta la fonte di riferimento principale per i pazienti. Usarla attivamente — anche nel digitale — è parte del mandato professionale.

CINQUE LEVE PER RENDERE IL DIGITALE SANITARIO UN SISTEMA, NON UN ESPERIMENTO

Alessandro Stecco | Direttore Centro Studi Telemedicina e Sanità Digitale UPOTELEMED, Università del Piemonte Orientale; Presidente What's Health; Membro Steering Committee Fo.N.SA.D. (Forum Nazionale Sanità Digitale)

Il digitale in sanità non manca di progetti: manca di sistema. Alessandro Stecco, Presidente di What's Health e membro dello Steering Committee del Forum Nazionale Sanità Digitale, ha identificato alla Sessione 4 degli Stati Generali cinque leve operative per trasformare la sanità digitale da sperimentazione a infrastruttura ordinaria.

La prima è la governance a livello regionale — non aziendale. Le piattaforme digitali devono essere governate con linee di indirizzo unitarie a livello di Regione, non affidate alla discrezione delle singole aziende sanitarie. La seconda è l'interoperabilità: un soggetto tecnico unico che garantisca standard condivisi è la condizione per costruire reti di dati che abbiano valore sistemico.



La terza è il PDTA digitale: non più un percorso clinico su carta, ma uno strumento centrato sul dato del paziente, automaticamente monitorato e stratificato per livello di rischio.

La quarta è il procurement basato sui risultati — non sull'acquisto di tecnologia, ma sull'acquisto di outcome misurabili. La quinta è la formazione: il 60% dei medici italiani si sente poco o nulla formato sull'uso del digitale, una percentuale che rende urgente una strategia nazionale di digital upskilling.

Il messaggio finale è diretto: non servono nuove sperimentazioni. Servono il coraggio e la volontà politica di mettere a sistema ciò che già funziona. Le regioni che faranno la differenza nei prossimi anni non saranno quelle con il progetto più innovativo: saranno quelle che avranno smesso di trattare il digitale come un capitolo di spesa IT e lo avranno integrato nella governance sanitaria come infrastruttura abilitante.

MATURITÀ DIGITALE IN SANITÀ: IL RITARDO ITALIANO E COME COLMARLO

Sara Cazzaniga | IQVIA Italia

Italia ha una maturità digitale in sanità ancora bassa rispetto a Germania, Francia e Regno Unito. Sara Cazzaniga di IQVIA, che ogni anno pubblica il rapporto Digital Trends sul settore, ha identificato alla Sessione 4 degli Stati Generali tre fattori che spiegano il divario: governance insufficiente, scarsa capacità di analizzare i dati prodotti, e mancanza di sinergia tra gli attori del sistema.

I Paesi più avanzati hanno costruito cornici normative chiare per la rimborsabilità delle soluzioni digitali. Il NICE britannico ha definito criteri di ammissione basati sulla capacità di integrarsi nei percorsi di cura esistenti. La Francia ha le liste LATM con requisiti precisi — efficacia documentata, sicurezza, interoperabilità — che le soluzioni devono soddisfare per essere rimborsate. In Italia questa cornice non esiste ancora, e la sua assenza rallenta sia l'adozione che l'investimento.



Un dato che Cazzaniga ha portato con efficacia: nel 2008 le soluzioni digitali per la salute disponibili nel mondo erano circa un milione. Nel 2024 sono scese a 137.000. Non è un fallimento: è una selezione naturale che ha eliminato le app senza valore clinico documentato e ha consolidato ciò che funziona. Il mercato globale si sta strutturando attorno all'evidenza.

Per i medici, il contributo di Cazzaniga ha una traduzione pratica: partecipare alla raccolta di dati sulle soluzioni digitali che già usano — telemedicina, monitoraggio remoto, app per la cronicità — è il modo concreto per costruire quell'evidenza che trasforma i pilot in standard rimborsati.

SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE E FARMACEUTICA:
NET ZERO AL 2035, 15 ANNI PRIMA DI PARIGI

Raffaello Innocenti | CEO e Managing Director, Chiesi Italia

La sostenibilità non è solo finanziaria. Raffaello Levante, CEO di Chiesi Italia, ha portato alla Sessione 4 degli Stati Generali una dimensione della sostenibilità che raramente entra nel dibattito sulla farmaceutica: quella ambientale — con dati concreti e impegni già operativi.

Chiesi è diventata società benefit nel 2018, modificando lo statuto per incorporare obiettivi di sostenibilità come KPI determinanti nelle scelte strategiche. L'obiettivo dichiarato è il Net Zero al 2035: quindici anni prima degli accordi di Parigi. Non è una dichiarazione d'intenti: è un investimento di circa 400 milioni di euro, concentrato principalmente in Italia e in Lombardia, per costruire un nuovo sito produttivo che utilizza un nuovo propellente negli spray erogatori capace di abbattere del 90% l'impronta carbonica del prodotto.



Lo spray erogatore — lo strumento con cui vengono somministrati la maggior parte dei farmaci per le patologie respiratorie — è storicamente uno dei maggiori contributori all'impronta ambientale dell'industria farmaceutica. Cambiare il propellente su scala industriale è una scelta che richiede investimenti enormi e tempi lunghi, ma che garantisce continuità terapeutica per i pazienti e sostenibilità ambientale insieme.

Per il sistema sanitario, il contributo di Chiesi introduce un'angolazione ancora sottorappresentata: la sostenibilità del SSN passa anche attraverso la sostenibilità ambientale della filiera che lo alimenta. La salute del pianeta e la salute delle persone non sono due temi separati: sono variabili dello stesso sistema complesso che i professionisti della salute hanno il mandato di proteggere.

QUANDO LA VOCE DEI PAZIENTI
DIVENTA ATTO POLITICOEmanuele Monti | Presidente della Commissione IX di Regione Lombardia
e componente dell'Executive Board di AIFA

Carlo Nicora | Direttore Scientifico, Progetto Economia della Salute

Gli Stati Generali dell'Economia della Salute sono una delle rare occasioni in cui chi decide e chi vive le conseguenze di quelle decisioni si trovano nello stesso luogo, nello stesso momento. Ministri, presidenti di regione, rappresentanti delle istituzioni sanitarie nazionali: una platea che non si riunisce per caso e che non si riunirà di nuovo presto. La scelta di dedicare una sessione intera degli Stati Generali alle Associazioni dei Pazienti e al Terzo Settore, non è un atto di cortesia verso la società civile, ma è un atto di coerenza. Se il SSN è davvero un bene pubblico non negoziabile, allora chi lo abita ogni giorno deve stare dentro la stanza dove si decide, non fuori ad aspettare i comunicati. Un convegno, anche il più autorevole, finisce. Un Manifesto trasforma tre giorni di dibattito in un atto politico con data, firme e contenuto verificabile. È la differenza tra una conversazione e un impegno. Un Manifesto firmato da ventiquattro organizzazioni che rappresentano tanti pazienti ita-

liani ha un peso che nessun panel da solo può avere.

Il Manifesto si costruisce su otto assi. Il primo è il ribaltamento del rapporto tra paziente e sistema: non destinatario passivo ma cittadino protagonista, con voce reale nei percorsi di cura e nella programmazione dei LEA, perché l'empowerment del paziente non è un optional, è una leva di efficienza del sistema. Il secondo è la prevenzione come atto politico: le associazioni la praticano ogni giorno con risorse proprie, mentre il sistema continua a finanziarla per ultima voce di bilancio. Il terzo è l'equità territoriale, in Italia la stessa diagnosi non può continuare a significare destini diversi a seconda del CAP in cui sei nato: le disuguaglianze nell'accesso alle cure, agli screening, ai farmaci innovativi vanno nominate esplicitamente e sanate attraverso i LEA e il Fondo Sanitario Nazionale.

A questi si aggiungono: il riconoscimento del Terzo Settore come partner istituzionale nella programmazione della salute pubblica, non

come rattoppo del pubblico che arretra; l'accesso omogeneo all'innovazione farmaceutica, senza che i tempi di rimborsabilità dipendano dalla regione di residenza; e infine la responsabilità condivisa nel senso corretto: non un modo elegante per scaricare costi sulle famiglie, ma un patto con regole e risorse eque, in cui le priorità restano una responsabilità della politica.

C'è però un nodo che il Manifesto affronta con chiarezza. Nella pratica le associazioni vengono spesso convocate quando la decisione è già istruita tecnicamente. Possono fare osservazioni, ma il perimetro è già definito. Diventano così involontariamente garanti di scelte che non hanno fatto, e il sistema usa la loro presenza come prova di coinvolgimento. Questo si chiama consultazione formale, non co-progettazione. Restituire alle associazioni la titolarità del documento significa che firmare diventa un atto di coerenza con se stesse non una ratifica di qualcosa scritto da altri.

MANIFESTO DELLE ASSOCIAZIONI PAZIENTI E TERZO SETTORE

La sessione dedicata alle Associazioni dei Pazienti e al Terzo Settore è stata introdotta e moderata dalla Senatrice **Elena Murelli**, Membro della 10ª Commissione Affari Sociali del Senato della Repubblica, dal **Carlo Nicora**, Direttore Scientifico

del Progetto Economia della Salute, e da **Stefano Gussoni**, Fondazione One Health della Sostenibilità Sociale. Tre voci diverse per una stessa convinzione: che il sistema di welfare italiano abbia bisogno non solo di più risorse, ma di una voce ulteriore nella stanza dove si decide come

quelle risorse vengono allocate. La voce delle associazioni dei pazienti e del Terzo Settore.

Hanno contribuito alla redazione del Manifesto, con interventi nella tavola rotonda del 20 marzo 2026 e/o con contributi scritti:

- **ADPMI** — Maria Luigia Mottes, *Presidente*
- **AIC Lombardia – Associazione Italiana Celiachia** — Isidoro Piarulli, *Presidente*
- **AIRC – Associazione Italiana Ricerca sul Cancro** — Sabrina Spina
- **AIMA – Associazione Italiana Malattia di Alzheimer** — Patrizia Spadin, *Presidente*
- **ANDOS Nazionale – Assoc. Nazionale Donne Operate al Seno** — Flori Degrassi, *Presidente*
- **ANDOS Comitato di Ispra** — Davide Gaglione, *Presidente*
- **APIAFCO – Assoc. Psoriasici Italiani Amici della Fondazione Corazza** — Valeria Corazza / Ludovica Donati, *Presidente / Referente*
- **AVIS Provinciale Varese** — Ivan Zingaro
- **CAOS Varese / FAVO Lombardia** — Adele Patrini, *Coordinatrice*
- **Casa del Giovane di Pavia** — Simone Feder, *Responsabile*
- **Celiachia dalla A alla Z** — Simonetta Mastromauro, *Celiac Advocate*
- **Codice Viola** — Piero Rivizzigno, *Presidente*
- **DI.VA. – Diabetici Varese** — Ilaria Garofolo, *Presidente*
- **Europa Donna Italia** — Rosanna D'Antona / Loredana Pau, *Presidente / Vice Presidente*
- **Europa Uomo** — Claudio Talmelli, *Presidente*
- **GILS** — Paola Canziani, *Presidente*
- **IPOP** — Bruno Aratri / Pietro Auletta, *Presidente / Referente*
- **La Lampada di Aladino / AIOM** — Davide Petruzzelli, *Presidente / Vice Presidente AIOM*
- **Respiriamo Insieme APS** — Simona Barbaglia / Deborah Diso, *Presidente / Referente Istituzionale*
- **Salute Donna ODV** — Anna Maria Mancuso / Amilcare Brambilla / Roberto Mazza, *Presidente*
- **UNIAMO – Federazione Italiana Malattie Rare** — Annalisa Scopinaro, *Presidente*
- **WALCE – Women Against Lung Cancer in Europe** — Federica Ferraresi

I PILASTRI DEL MANIFESTO

Il Manifesto è stato pensato e proposto non come un elenco di problemi, ma come una richiesta politica precisa: riconoscere alle associazioni e al Terzo Settore un ruolo strutturale nella co-programmazione, co-progettazione e monitoraggio delle politiche sanitarie e sociosanitarie. Un ruolo che in alcuni casi è già stato conquistato sul campo, e che ora deve diventare norma, non eccezione.

1. Il SSN è un bene pubblico non negoziabile

Il SSN è un bene pubblico non negoziabile. Le associazioni presenti sono la prova vivente che quando il sistema pubblico arretra, sono i cittadini organizzati a colmare il vuoto e questo non può diventare la norma. Va detto con forza politica: universalismo, equità e solidarietà non sono valori negoziabili in nome della sostenibilità. Sono la condizione perché la sostenibilità abbia un senso.

2. Diritti esigibili e autonomia differenziata: i LEP come precondizione

Definire e finanziare i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP, LEPS, LEA) non basta: occorre renderli concretamente esigibili su tutto il territorio, trasformando il diritto enunciato in diritto garantito. Il Terzo Settore deve essere incluso nei processi di definizione, monitoraggio e valutazione degli esiti, non solo come erogatore di servizi ma come partner nella misurazione dell'impatto sulla qualità di vita delle persone. Su questo principio si fonda anche il giudizio sull'autonomia differenziata: la sua realizzazione non può procedere senza la preventiva e puntuale

definizione dei LEP con relative coperture finanziarie certe. Il rischio concreto è che, in assenza di LEP finanziati e monitorati, l'autonomia differenziata cristallizzi e amplifichi le disuguaglianze territoriali già esistenti. Nessuna competenza deve essere trasferita alle Regioni prima che i diritti essenziali dei cittadini siano garantiti ovunque in modo uniforme.

3. Dal paziente-oggetto al cittadino protagonista

Il paziente non è il destinatario passivo delle politiche sanitarie ma un soggetto attivo, con voce nei percorsi di cura, nella programmazione dei LEA, nella valutazione degli esiti. L'empowerment del paziente non è un optional: è una leva di efficienza del sistema. Questo richiede di integrare sistematicamente le misure riportate dal paziente con PREMs e PROMs nei processi di valutazione dei servizi, strumenti che catturano ciò che gli indicatori clinici non vedono: il peso psicologico, la qualità della comunicazione, la fiducia nelle cure. Il passaggio da "protagonista" a "partner" richiede criteri trasparenti di partecipazione ai tavoli decisionali, basati su competenze certificate e rappresentatività riconosciuta.

4. La prevenzione è un atto politico, non solo sanitario

La prevenzione è un moltiplicatore di risparmio e di qualità della vita. Le associazioni fanno prevenzione ogni giorno, spesso con risorse proprie, supplendo a carenze strutturali del sistema pubblico. I dati sono chiari: un euro investito in prevenzione genera un risparmio compreso tra tre e quattordici euro in un orizzonte di dieci anni. Continuare a finanziarla come voce residuale di bilancio è una scelta politica, non una necessità economica. Il Manifesto chiede che la prevenzione venga riconosciuta e finanziata come investimento strutturale, con le associazioni come partner attivi nella sua programmazione e attuazione territoriale.

5. Stessa diagnosi, stesse cure, ovunque

La stessa diagnosi non può continuare a significare destini diversi a seconda del codice postale in cui si nasce. Le disuguaglianze geografiche nell'accesso alle cure, agli screening, alla presa in carico della cronicità e ai farmaci innovativi sono una criticità che il Manifesto nomina esplicitamente e chiede di sanare

attraverso i LEA e il Fondo Sanitario Nazionale. Per i farmaci innovativi e le terapie avanzate, il Manifesto chiede tempi certi di accesso, criteri trasparenti di valutazione e rimborsabilità omogenea su tutto il territorio: non può esistere un'innovazione di serie A e una di serie B in base alla regione di residenza.

6. Sanità digitale e telemedicina: strumenti di prossimità, non barriere tecnologiche

La tecnologia digitale e la telemedicina sono un'opportunità straordinaria solo se concepite come ponte verso il paziente e non come filtro che lo allontana. L'innovazione digitale non può ridursi a una remotizzazione delle prestazioni: deve integrarsi in un modello di cura che valorizzi la relazione umana e la prossimità territoriale. Le associazioni dei pazienti e il Terzo Settore devono essere coinvolti nella co-progettazione di piattaforme e servizi, affinché siano realmente accessibili, pensati per cronici, anziani, persone con disabilità e caregiver. Investire in alfabetizzazione digitale è la preconditione perché la telemedicina non diventi una nuova fonte di disuguaglianza.

7. Cura territoriale: assistenza domiciliare, abitare assistito, comunità

L'assistenza domiciliare integrata deve diventare il pilastro centrale del welfare territoriale: prese in carico realmente multiprofessionali, livelli di servizio in linea con gli standard europei, superamento definitivo dell'approccio meramente prestazionale in favore di un progetto individuale continuo e aggiornabile nel tempo. A questo si affianca la necessità di un nuovo modello abitativo per le persone fragili: essere proprietari della propria casa non protegge dall'isolamento e dalla perdita di autonomia. Gli "alloggi assistiti", dove la dimensione abitativa si integra con servizi di monitoraggio, supporto e relazione sociale, sono la risposta concreta. Le politiche abitative e quelle sociosanitarie devono cessare di procedere per compartimenti separati.

8. Disabilità, non autosufficienza e caregiver: attuazione concreta, non solo norme

Le leggi delega sulla disabilità (L. 227/21), sugli anziani non autosufficienti (L. 33/23) e il disegno di legge

sulle tutele del caregiver familiare (DDL 2789/2026) rappresentano passi avanti significativi, ma rischiano di restare inattuati o sminuiti nei decreti attuativi. Il Manifesto chiede il pieno recepimento di queste riforme: progetto di vita individuale e partecipato, riconoscimento giuridico ed economico del caregiver familiare, integrazione reale tra sistema sociale e sanitario. Il caregiver familiare non è un parente disponibile: è un lavoratore non retribuito che tiene in piedi un pezzo del sistema socio-sanitario nazionale, e come tale va riconosciuto.

9. Il Terzo Settore come partner strutturale: riconoscimento, risorse, co-programmazione

Le associazioni non chiedono di riempire i buchi lasciati dal pubblico che arretra. Chiedono di essere riconosciute come partner istituzionali nella programmazione della salute pubblica, in regime di sussidiarietà orizzontale. Questo richiede meccanismi stabili di co-programmazione e co-progettazione, fondi certi non dipendenti dalla buona volontà della singola regione, e un coinvolgimento permanente, non episodico, nella

governance del welfare. Gli enti del Terzo Settore costituiscono una rete capillare di vicinanza sensibile in tempo reale alle esigenze del territorio: mettono a disposizione del sistema pubblico dati e capacità organizzativa che nessuna struttura pubblica può replicare agli stessi costi. Questa funzione, conoscenza diretta dei bisogni, coesione sociale, promozione della sicurezza sociale, va riconosciuta formalmente nelle politiche pubbliche.

10. Responsabilità condivisa, non delega al più debole

Il rischio dell'attuale dibattito sulla sostenibilità è che "responsabilità condivisa" diventi un modo elegante per scaricare costi sulle famiglie e sul Terzo Settore. Il Manifesto è chiaro: la sostenibilità si costruisce insieme, ma con regole e risorse eque. Le scelte e le priorità sono una responsabilità della politica. Le associazioni sono pronte ad assumersi la loro parte, con competenza, continuità e rendicontazione, a fronte di un riconoscimento reale, non solo di principio. Questo Manifesto è il documento di quel patto.

Alla fine degli interventi Murelli, Nicora e Gussoni hanno ricordato che il Manifesto non sarà un elenco di problemi, ma una richiesta politica precisa: riconoscere alle associazioni e al Terzo Settore un ruolo strutturale nella co-programmazione, co-progettazione e monitoraggio delle politiche sanitarie e sociosanitarie. Un ruolo che in alcuni casi è già stato conquistato sul campo, e che ora deve diventare norma, non eccezione. Questo Manifesto non è nostro, è vostro. Noi vi abbiamo dato lo spazio e la data. Voi ci avete messo la voce e la firma.

La Senatrice Murrelli nella sintesi delle Risposte Istituzionali e Impegni Legislativi ha delineando una roadmap politica chiara, focalizzata sul superamento delle inefficienze burocratiche, sul monitoraggio dei Decreti Attuativi, con un impegno formale a sbloccare i ritardi ministeriali, la Revisione del Manifesto che tenga conto dei contributi di tutte le associazioni intervenute, dell'inclusione delle cronicità oncologiche e del potenziamento del pilastro Dati ed Equità, per arrivare alla formalizzazione con la presentazione del documento finale in Senato per trasformarlo in atti legislativi.

IL VILLAGGIO DELLA SALUTE: QUANDO LA PREVENZIONE SCENDE IN PIAZZA

21 marzo 2026 – Villa Napoleonica, Varese

La giornata conclusiva degli Stati Generali dell'Economia della Salute ha scelto di rivolgersi direttamente ai cittadini. Il 21 marzo Villa Napoleonica ha ospitato, dalle 10 alle 18, un Villaggio della Salute aperto a tutti: accesso libero e gratuito, nessuna prenotazione necessaria, quindici associazioni presenti con altrettanti stand dedicati a screening, consulti e informazioni su patologie tra le più diffuse.

L'offerta ha coperto un ventaglio ampio di aree cliniche. In ambito oncologico, ATS Insubria ha reso possibile la prenotazione in loco delle mammografie, mentre associazioni come C.A.O.S., A.N.D.O.S., Favo, Europa Donna e Varese per l'Oncologia hanno offerto attività di counselling e presentato progetti innovativi, tra cui "Coccole di Estetica

Oncologica". Sul fronte cardiovascolare, sono stati effettuati controlli della pressione arteriosa e valutazioni del rischio cardiovascolare per la fascia 40-60 anni. Area diabete: test glicemici gratuiti e materiali informativi sulla prevenzione del piede diabetico. Salute mentale e "fitness cognitivo": neuropsicologi e neurologi hanno eseguito screening cognitivi e fornito indicazioni sugli stili di vita per mantenere il cervello in salute. Respiro e allergie: spirometria, misurazione FeNO e degli eosinofili per la diagnosi precoce delle patologie pneumologiche. Spazio anche ai più piccoli, con screening del linguaggio e dello sviluppo psicomotorio e test della funzione visiva per l'intercettazione precoce dei deficit visivi. Il messaggio del Direttore Generale di ATS Insubria, Salvatore Gioia, ha sintetizzato la filosofia dell'inte-

ra iniziativa: «La prevenzione è la linea strategica per fare in modo che il servizio sanitario regionale e nazionale diventi sostenibile e dia le maggiori risorse possibili a tutti i cittadini.» Le tre ASST del territorio dell'Insubria hanno lavorato in coordinamento con le associazioni per costruire un'offerta integrata, capillare e accessibile — la dimostrazione concreta che la prevenzione non è solo un principio enunciato nei panel, ma una pratica che si può portare direttamente alla cittadinanza.

PREVENIRE CONVIENE: IL VALORE ECONOMICO E SOCIALE DI GIOCARE D'ANTICIPO

Panel di approfondimento – Auditorium, 21 marzo 2026

L'investimento nella prevenzione non può più essere letto come una voce di costo da comprimere nei bilanci pubblici: è la leva più efficace per garantire la sostenibilità di lungo periodo del Servizio Sanitario Nazionale. È questo il messaggio emerso dal panel dedicato al valore economico e sociale della prevenzione, nel quale è stato rimarcato con forza come sia necessario superare una sanità ancora troppo ospedalocentrica, centrata sulla cura della malattia, per costruire un sistema territoriale orientato alla promozione della salute.

Sul piano economico, i dati sono inequivocabili: ogni euro investito in interventi preventivi ad alto impatto, come le vaccinazioni antinfluenzali o i programmi di riduzione del rischio cardiovascolare, può generare un

ritorno fino a 14 euro, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Un beneficio che non si traduce solo in minore spesa sanitaria diretta, ma anche in maggiore produttività lavorativa e benessere sociale. Eppure l'adesione agli screening resta insufficiente: tra il 55 e il 60% per la mammografia, appena il 30-35% per il colon-retto. Per contrastare questa inerzia comportamentale è stata proposta l'adozione di "nudge", incentivi comportamentali finanziari o simbolici, capaci di trasformare la prevenzione da semplice opportunità a scelta consapevole.

Sul versante dell'organizzazione dei servizi, è emerso uno squilibrio strutturale: l'Italia destina circa il 40% della spesa sanitaria alla rete ospedaliera, mentre Francia e Germania si fermano intorno al

25%, investendo molto di più nei servizi territoriali. Una carenza che pesa soprattutto sulla popolazione anziana: in Italia circa 2,8 milioni di over 80 vivono soli, 450.000 nella sola Lombardia. Fondamentale, in questa trasformazione, è il ruolo dei professionisti sanitari del territorio. L'infermiere di comunità, capillarmente presente nelle Case della comunità e nelle scuole, è spesso il primo punto di contatto tra cittadino e sistema salute. Le 18 professioni sanitarie, dai tecnici di radiologia agli igienisti dentali, dagli assistenti sanitari ai fisioterapisti, sono decisive nell'abbattimento delle liste d'attesa e nelle attività di prevenzione. Una condizione necessaria: restituire attrattività a queste professioni, riconoscendone pienamente il valore sociale ed economico.

SALUTE MENTALE E GIOVANI: NON BASTANO I FARMACI, SERVE UMANITÀ

Panel di approfondimento – Auditorium, 21 marzo 2026

La salute mentale non è un'isola: è un continente che comprende biologia, società e relazioni umane. Con questa immagine il panel del 21 marzo ha inquadrato un tema che il dibattito sanitario fatica ancora a trattare nella sua complessità reale, troppo spesso ridotto a una questione di risorse psichiatriche o di prescrizioni farmacologiche. La tesi emersa con forza è che il disagio psichico — soprattutto quello delle nuove generazioni — si radica in fattori sociali, relazionali ed educativi che il solo sistema sanitario non può governare da solo. Il fenomeno dei ragazzi “sospesi”, giovani che non rientrano pienamente nei circuiti scolastici, lavorativi o relazionali, è stato indicato come uno degli indicatori più preoccupanti del disagio giovanile attuale.

Nelle scuole la situazione è mutata drasticamente: non si parla più solo di sportelli psicologici, ma di veri e propri presidi neuropsichiatrici. Il messaggio è diretto: bisogna arrivare prima, con un intervento culturale, sociale ed educativo che affianchi quello strettamente sanitario. Accanto al paziente, il sistema deve saper trovare anche la dimensione umana della relazione: «non bastano i farmaci, serve la persona del cuore». Dal punto di vista neurologico è stato approfondito il concetto di “One Brain, One Health”: la salute del cervello non è una questione individuale, è una questione di salute collettiva della società. Il disagio attuale è figlio dell'isolamento sociale, degli strascichi della pandemia e di una società in accelerazione continua che ha eroso le relazioni fondamentali. La longevità non può essere

solo biologica: l'obiettivo è garantire qualità della vita anche nelle fasce d'età più avanzate. La prevenzione, in questo ambito, non è un concetto astratto: si esercita monitorando l'abbandono scolastico, ricostruendo i legami sociali, smettendo di trattare il disturbo psichiatrico come una questione puramente medica. La sfida, per la Lombardia come per il territorio varesino, è creare una rete capace di intercettare il malessere prima che diventi emergenza, con strumenti che attraversino i confini tra scuola, famiglia, servizi sociali e sistema sanitario.

INVECCHIARE BENE, NON SOLO INVECCHIARE: FRAGILITÀ, CAREGIVER E LONGEVITÀ ATTIVA

Panel di approfondimento – Auditorium, 21 marzo 2026

Italia è uno dei paesi più longevi al mondo, ma vivere a lungo non significa necessariamente vivere in salute. È questo il paradosso al centro del panel sull'invecchiamento attivo: l'obiettivo non è aggiungere anni alla vita, ma aggiungere vita agli anni. Un principio che ha guidato il confronto tra la visione clinica della geriatria e quella organizzativa delle cure palliative, con la ricerca scientifica a indicare le prospettive future. La fragilità è raddoppiata: oggi un anziano su tre ne è affetto. Nonostante un'aspettativa di vita di 85 anni per le donne e 81 per gli uomini, il tempo guadagnato è spesso segnato dalla malattia. La fragilità, tuttavia, non è una condanna: è un parametro correggibile, a condizione di disporre di una rete territoriale forte e di adottare un approccio

bio-psico-sociale. L'isolamento sociale, ad esempio, incide sulla prognosi in misura comparabile alle patologie organiche: sapere con chi vive l'anziano è clinicamente rilevante quanto la diagnosi medica. Una nuova cultura geriatrica non deve restare confinata ai reparti ospedalieri: deve diventare patrimonio comune della società. Sul fronte dell'assistenza, il sistema italiano mostra una fragilità strutturale: metà del peso dell'assistenza ai non autosufficienti ricade sui caregiver familiari, prevalentemente donne. Un modello destinato a non essere più sostenibile nel breve periodo, per la drastica riduzione della disponibilità di familiari in grado di assistere. Le RSA si sono già evolute in centri multiservizi capaci di offrire assistenza domiciliare e nuclei specializzati per le demenze, contribuendo a pre-

venire il decadimento funzionale e a ridurre i ricoveri ospedalieri impropri. Una transizione che va sostenuta con politiche strutturali, non con misure emergenziali. Il futuro passa dall'innovazione scientifica. La ricerca sta lavorando per identificare marcatori biologici capaci di prevedere la fragilità anni prima che si manifesti clinicamente, aprendo la strada a interventi preventivi non farmacologici: alimentazione mirata, attività fisica, socialità e stimolazione cognitiva come pilastri per ritardare il più possibile il momento in cui una persona diventa paziente. Un orizzonte in cui la prevenzione e la promozione attiva della salute diventano la risposta sistemica alla sfida demografica del prossimo ventennio.

