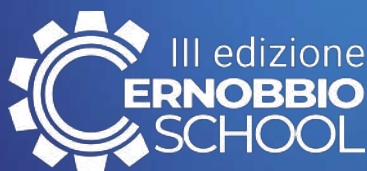


DOCUMENTO DI SINTESI



www.motoresanita.it



GOVERNARE IL FUTURO DEL SSN

Dall'innovazione biologica alla sanità digitale,
dalla prevenzione alla medicina di precisione

CERNOBBIOSCHOOL2026

18-19-20 Febbraio 2026

CERNOBBIO

VILLA ERBA

Largo Luchino Visconti, 4



Patrocini scientifici



Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori



INTRODUZIONE DI SCENARIO

La terza edizione della Cernobbio School 2026, promossa da Motore Sanità e ospitata nella cornice di Villa Erba, si è confermata come uno dei principali momenti di confronto strategico sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In un contesto caratterizzato da profondi mutamenti demografici, tecnologici ed economici, l'evento ha riunito rappresentanti delle istituzioni nazionali e regionali, decisori pubblici, comunità scientifica, industria e associazioni dei pazienti, configurandosi come un vero e proprio laboratorio di policy per la sanità italiana. A quasi mezzo secolo dalla sua istituzione, il SSN si trova oggi a dover affrontare una trasformazione strutturale che impone una revisione dei paradigmi tradizionali di governance. Il sistema, storicamente fondato sui principi di universalismo ed equità, è chiamato a confrontarsi con una crescente complessità determinata dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche e dall'emergere di nuovi bisogni di salute, sempre più articolati e differenziati.

A ciò si aggiunge una pressione senza precedenti derivante dall'accelerazione dell'innovazione scientifica e tecnologica, che introduce opportunità straordinarie, ma al contempo richiede capacità di governo, investimenti e modelli organizzativi adeguati. In questo scenario, il tema della sostenibilità assume una valenza strategica e multidimensionale. Non si tratta più soltanto di contenere la spesa, ma di ripensare l'intero sistema in termini di valore, esiti e capacità di generare salute. La sfida consiste nel coniugare l'accesso equo alle cure con l'introduzione tempestiva dell'innovazione, evitando che le disuguaglianze territoriali si amplifichino ulteriormente. Un ruolo centrale in questa trasformazione è rappresentato dall'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che, come evidenziato dal Ministro **Tommaso Foti**, costituisce una leva senza precedenti per il rafforzamento delle infrastrutture sanitarie e per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Tuttavia, i dati di avanzamento mostrano come la sfida non sia più quella della programmazione, bensì quella dell'implementazione concreta, con tempi stringenti e responsabilità distribuite tra livelli istituzionali. All'interno di questo quadro, la Cernobbio School ha posto al centro del dibattito la necessità di evolvere da un modello di gestione del sistema sanitario basato prevalentemente sull'appropriatezza prescrittiva a un modello orientato alla governance dell'innovazione, alla valorizzazione dei dati e alla presa in carico integrata del paziente lungo tutto il percorso di cura.



TEMI EMERSI

Nel corso delle tre giornate di lavoro, è emerso con chiarezza come il futuro del SSN dipenda dalla capacità di affrontare simultaneamente più dimensioni di cambiamento, superando logiche settoriali e frammentazioni organizzative. Uno dei temi centrali è stato quello della **governance**, intesa non soltanto come capacità di indirizzo politico, ma come insieme di strumenti operativi, organizzativi e culturali necessari per guidare la trasformazione del sistema. La necessità di rafforzare il coordinamento tra livello nazionale e regionale è apparsa evidente, così come l'urgenza di sviluppare meccanismi più efficaci di monitoraggio, valutazione e accountability. Il dibattito ha evidenziato come la disomogeneità territoriale rappresenti ancora uno dei principali limiti del sistema, rendendo necessario un ripensamento delle modalità di programmazione e attuazione delle politiche sanitarie.

Parallelamente, è emersa con forza la centralità della **prevenzione**, non più considerata un ambito residuale ma una leva strategica per la sostenibilità del sistema. La prevenzione, nelle sue diverse declinazioni – primaria, secondaria e terziaria – è stata interpretata come investimento capace di generare valore nel medio-lungo periodo, sia in termini di salute che di riduzione dei costi. L'integrazione tra genomica di popolazione, screening mirati e politiche di sanità pubblica rappresenta una delle direttrici più promettenti emerse dal confronto.

Un ulteriore ambito di riflessione ha riguardato la **medicina di precisione** e l'innovazione biologica. Le evoluzioni in campo oncologico, ematologico e genetico stanno ridefinendo profondamente i modelli di diagnosi e cura, rendendo possibile una personalizzazione sempre più spinta degli interventi terapeutici. Tuttavia, tali innovazioni pongono rilevanti sfide organizzative e di sostenibilità, in particolare per quanto riguarda l'integrazione nei percorsi assistenziali e l'accesso equo su tutto il territorio nazionale.

La **trasformazione digitale** è stata un altro pilastro del dibattito. L'adozione di tecnologie basate su intelligenza artificiale, big data e telemedicina apre scenari inediti per la gestione dei percorsi di cura, ma richiede al contempo un ripensamento delle infrastrutture, delle competenze e dei modelli di governance dei dati. La piena valorizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e l'interoperabilità tra sistemi rappresentano condizioni imprescindibili per realizzare una sanità realmente data-driven. Allo stesso tempo, sono stati evidenziati i rischi connessi a un uso non regolato delle tecnologie, in particolare in relazione ai fenomeni emergenti di autodiagnosi tramite strumenti digitali.



Il tema dell'**equità di accesso all'innovazione** ha attraversato trasversalmente tutti i lavori, trovando una declinazione particolarmente significativa nell'ambito della **gestione della cronicità**, con un focus specifico sul diabete. Le nuove Linee Guida SID-AMD hanno evidenziato il valore delle tecnologie di monitoraggio continuo, ma anche la persistente disomogeneità nell'accesso a tali strumenti. Questo caso emblematico ha messo in luce la necessità di rafforzare i meccanismi di recepimento e implementazione delle innovazioni a livello regionale.

Di grande rilievo è stato anche il tema dei **modelli organizzativi**, con un'attenzione particolare all'**integrazione tra ospedale e territorio**. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale, anche alla luce degli investimenti del PNRR, rappresenta una delle sfide più complesse e strategiche. È emersa la necessità di sviluppare modelli di presa in carico integrata, capaci di rispondere in modo efficace ai bisogni delle persone, in particolare nei casi di cronicità e fragilità.

Il ruolo della **ricerca e delle partnership pubblico-privato** è stato anch'esso oggetto di approfondimento, evidenziando come l'Italia disponga di un potenziale significativo che tuttavia fatica a esprimersi pienamente a causa di vincoli normativi, burocratici e organizzativi. In questo contesto, la nascita dello Scientific Advisory Board di Motore Sanità rappresenta un segnale importante nella direzione del rafforzamento della componente scientifica e della capacità di indirizzo strategico.

Non meno rilevante è stato il tema delle **professioni sanitarie**, con particolare riferimento alla carenza di personale e alla necessità di sviluppare nuove competenze, soprattutto in ambito digitale. La sostenibilità del sistema passa inevitabilmente attraverso la valorizzazione delle risorse umane, che costituiscono il vero motore del SSN.

Infine, il tema della **sicurezza degli operatori sanitari**, richiamato da **Romano La Russa**, ha posto l'attenzione su una criticità crescente, evidenziando la necessità di interventi strutturali per garantire condizioni di lavoro adeguate e tutelare chi opera quotidianamente nella cura dei cittadini.



ACTION POINTS

Dalla sintesi del confronto emerge con chiarezza la necessità di un cambio di paradigma nella gestione del sistema sanitario, che deve tradursi in un insieme coerente di azioni strategiche e operative.

In primo luogo, appare imprescindibile **rafforzare il ruolo della prevenzione come asse portante delle politiche sanitarie**, superando una visione ancora troppo centrata sulla cura e orientando gli investimenti verso interventi in grado di ridurre l'incidenza delle patologie e migliorare la qualità della vita della popolazione. Parallelamente, risulta fondamentale **sviluppare un ecosistema dei dati sanitari pienamente interoperabile**, capace di supportare processi decisionali basati su evidenze e di abilitare modelli di medicina personalizzata. La valorizzazione del dato rappresenta infatti una delle principali leve per migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema.

Un ulteriore ambito di intervento riguarda **la trasformazione digitale**, che **deve essere accompagnata da un adeguato sviluppo delle competenze e da un quadro regolatorio chiaro**, in grado di garantire sicurezza, qualità e appropriatezza nell'utilizzo delle tecnologie.

Grande attenzione deve essere dedicata all'equità di accesso all'innovazione, assicurando che i benefici derivanti dalle nuove tecnologie e terapie siano distribuiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, evitando il rischio di ampliare le disuguaglianze esistenti.

La riforma della medicina territoriale rappresenta un altro snodo cruciale, che richiede una revisione profonda dei modelli organizzativi e delle modalità di integrazione tra i diversi livelli di assistenza. In questo contesto, le strutture previste dal PNRR devono diventare nodi di una rete realmente funzionante e integrata. **È inoltre necessario ripensare la governance dell'innovazione**, introducendo modelli più flessibili e dinamici, capaci di valutare il valore delle nuove tecnologie non solo in termini di costo, ma anche di impatto sugli esiti e sulla qualità della vita dei pazienti.

Il rafforzamento della ricerca e delle partnership pubblico-privato appare essenziale per sostenere la competitività del sistema Paese e attrarre investimenti, contribuendo al contempo a migliorare l'accesso dei pazienti a trattamenti innovativi. **Particolare attenzione deve essere rivolta alla gestione della cronicità**, attraverso lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati e l'utilizzo di tecnologie di monitoraggio che consentano una presa in carico continua e personalizzata. **La promozione dell'invecchiamento attivo e la valorizzazione delle professioni sanitarie** completano il quadro delle azioni necessarie per garantire la sostenibilità del sistema nel lungo periodo.



FOCUS ON

Epilessia: PDTA e appropriatezza come leghe di governance e sostenibilità

Una patologia complessa tra diffusione, stigma e variabilità clinica

L'epilessia emerge come una patologia ad alta prevalenza e complessità, che interessa milioni di persone a livello globale e presenta un impatto significativo anche nei sistemi sanitari locali. Nonostante sia una malattia conosciuta, continua a essere accompagnata da uno stigma sociale rilevante, che porta molti pazienti a nascondere la propria condizione, con conseguenze sulla qualità di vita e sull'accesso alle cure.

Dal punto di vista clinico, l'epilessia si configura come una vera e propria "galassia" di manifestazioni: non solo crisi convulsive generalizzate, ma anche forme parziali con sintomi meno evidenti, come alterazioni sensoriali, fenomeni percettivi o episodi di assenza. Questa eterogeneità rende la diagnosi complessa e richiede un elevato livello di competenza clinica e capacità di riconoscimento precoce.

Evoluzione terapeutica e bisogni non soddisfatti

Negli ultimi decenni si è assistito a un significativo sviluppo delle opzioni terapeutiche, con un ampliamento importante dell'armamentario farmacologico. Tuttavia, una quota rilevante di pazienti presenta forme farmaco-resistenti, che necessitano di approcci alternativi, inclusi interventi invasivi o tecnologie avanzate come la stimolazione cerebrale.

Questa condizione evidenzia la necessità di percorsi strutturati e altamente specializzati, in grado di garantire una presa in carico adeguata anche nei casi più complessi, inclusi quelli rari o associati ad altre patologie neurologiche.



Il ruolo del PDTA: organizzazione, presa in carico e continuità assistenziale

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) rappresenta lo strumento chiave per governare la complessità dell'epilessia. Esso consente di strutturare l'offerta sanitaria in modo coerente e integrato, garantendo appropriatezza, continuità assistenziale e indirizzamento corretto dei pazienti.

Il modello organizzativo si basa su una rete multilivello:

- un primo livello territoriale con ambulatori neurologici di base;
- un secondo livello con ambulatori specialistici dedicati;
- un terzo livello rappresentato da centri altamente specializzati per i casi complessi.

Elemento centrale del PDTA è la possibilità di attivare percorsi ambulatoriali complessi (PAC), che consentono di effettuare diagnosi complete senza ricorrere all'ospedalizzazione, migliorando l'efficienza del sistema e l'esperienza del paziente.

Particolare attenzione è rivolta anche a percorsi specifici per popolazioni fragili o con bisogni peculiari, come donne in gravidanza, pazienti con disabilità gravi e soggetti in transizione dall'età pediatrica a quella adulta.

Integrazione ospedale-territorio e multidisciplinarietà

Uno degli elementi più rilevanti è l'integrazione tra ospedale e territorio, che rappresenta un pilastro della presa in carico. Il PDTA include sia il percorso ospedaliero, in particolare per la gestione delle prime crisi, sia il follow-up territoriale.

La gestione dell'epilessia richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga neurologi, altri specialisti, medici di medicina generale e servizi territoriali. In questo contesto, strumenti organizzativi come le Centrali Operative Territoriali assumono un ruolo strategico nel coordinamento dei percorsi e nella riduzione della complessità assistenziale.



La trasformazione del sistema sanitario: tra PNRR e nuove sfide

Il contesto attuale è caratterizzato da profondi cambiamenti, legati a dinamiche demografiche, epidemiologiche e sociali. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e la crescente domanda di servizi stanno mettendo sotto pressione i sistemi sanitari.

In questo scenario, il PNRR rappresenta un'opportunità cruciale per ripensare l'assistenza territoriale, attraverso strumenti come le Case della Comunità e il rafforzamento della primary health care. Tuttavia, emergono criticità legate alla tempistica, alla disomogeneità regionale e alla difficoltà di tradurre i modelli teorici in pratiche operative concrete.

Il valore della governance: PDTA come strumento strategico

Il PDTA evolve da strumento clinico-organizzativo a leva strategica di governance. Diventa fondamentale per:

- abbattere le frammentazioni del sistema;
- costruire integrazione tra servizi;
- migliorare l'appropriatezza delle prestazioni;
- orientare le risorse verso il valore generato in termini di esiti di salute.

In questa prospettiva, emerge la necessità di sviluppare modelli basati su indicatori di outcome e di rafforzare i sistemi di digitalizzazione, in grado di produrre dati utili alla valutazione e al miglioramento continuo.

Leadership, competenze e dimensione umana

Accanto agli strumenti organizzativi, viene sottolineato con forza il ruolo determinante dei professionisti. Nessun modello, per quanto avanzato, può funzionare senza competenze adeguate, capacità manageriali e leadership diffusa.

Particolare rilievo assume il tema della fiducia: tra pazienti e sistema sanitario, tra professionisti e organizzazioni. La costruzione di un sistema sanitario sostenibile passa anche attraverso la valorizzazione del capitale umano e la promozione di modelli centrati sulla persona.



Temi emersi

- **Elevata prevalenza e complessità clinica** dell'epilessia
- **Persistenza dello stigma sociale** associato alla patologia
- **Grande variabilità** delle manifestazioni cliniche
- **Evoluzione delle terapie**, ma presenza significativa di farmacoresistenza
- **Necessità di percorsi strutturati** e differenziati per complessità
- **Centralità del PDTA** nella gestione della cronicità
- **Importanza dell'integrazione** ospedale-territorio
- **Ruolo della multidisciplinarietà** nella presa in carico
- **Criticità organizzative** del sistema sanitario territoriale
- **Impatto delle trasformazioni demografiche**, epidemiologiche e sociali
- **Opportunità e limiti del PNRR** e delle Case della Comunità
- **Disomogeneità regionale** nell'implementazione dei modelli
- **Necessità di digitalizzazione** e utilizzo dei dati per gli outcome
- **Carenza di una definizione condivisa** di "presa in carico"
- **Centralità del fattore umano** e della fiducia nel sistema sanitario



Action points

- **Sviluppare e implementare PDTA strutturati** e multilivello per l'epilessia
- **Rafforzare l'integrazione** tra ospedale, territorio e servizi sociali
- **Potenziare le Centrali Operative Territoriali** come hub di coordinamento
- **Promuovere Percorsi Ambulatoriali Complessi (PAC)** per ridurre l'ospedalizzazione
- **Garantire percorsi dedicati per popolazioni fragili** (donne, disabilità, transizione pediatrica)
- **Standardizzare i modelli organizzativi** tra le diverse regioni
- **Definire chiaramente il concetto operativo** di "presa in carico"
- **Investire nella digitalizzazione** dei processi e nella raccolta dati sugli esiti
- **Introdurre sistemi di valutazione** basati sul valore (value-based healthcare)
- **Integrare competenze manageriali** nella sanità territoriale
- **Promuovere formazione continua** per i professionisti sanitari
- **Rafforzare la leadership** e la governance clinico-organizzativa
- **Migliorare la comunicazione** e l'informazione ai pazienti
- **Contrastare lo stigma sociale** legato all'epilessia
- **Sfruttare le opportunità del PNRR** evitando criticità attuative
- **Favorire modelli di assistenza** centrati sulla persona e sulla fiducia



FOCUS ON

L'innovazione sostenibile: modelli organizzativi e tecnologie emergenti per le patologie maculari

Governare il futuro: tra innovazione, organizzazione e risultato

Il tema della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale viene affrontato partendo da un presupposto chiave: non è sufficiente parlare di appropriatezza e sostenibilità se queste non si traducono in risultati concreti di salute. Governare il futuro significa dotarsi di strumenti, dati e modelli organizzativi capaci di integrare l'innovazione tecnologica nella pratica clinica quotidiana.

L'innovazione, infatti, non può essere considerata un elemento isolato: richiede un adeguamento organizzativo. Inserire nuove tecnologie in modelli organizzativi obsoleti genera inefficienze e non produce valore. Il vero nodo è quindi la capacità del sistema di evolvere, modificando processi e percorsi assistenziali per garantire risultati migliori ai pazienti.

Il peso epidemiologico e sociale delle maculopatie

Le patologie maculari rappresentano una delle principali cause di disabilità visiva e perdita di autonomia, con un impatto socio-economico rilevante. La degenerazione maculare legata all'età e la maculopatia diabetica interessano un numero crescente di pazienti, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie croniche.

La perdita della funzione visiva comporta conseguenze importanti non solo sul piano clinico, ma anche su quello sociale ed economico, con un aumento dei costi indiretti legati all'assistenza e alla perdita di autonomia. In questo contesto, il fattore tempo assume un ruolo determinante: ritardi nella diagnosi e nel trattamento si traducono in peggioramenti irreversibili e maggiori costi per il sistema.



Diagnosi e tecnologie emergenti: verso una medicina di prossimità

Le innovazioni diagnostiche hanno rivoluzionato la gestione delle maculopatie, consentendo diagnosi più precoci e accurate. Tecnologie come l'OCT e l'OCT-angiografia permettono una valutazione dettagliata della retina e possono essere progressivamente delocalizzate sul territorio.

L'introduzione di strumenti diagnostici nelle case di comunità, nelle farmacie e nei servizi territoriali rappresenta un passaggio fondamentale per migliorare l'accesso e ridurre le liste d'attesa. Questo approccio consente di avvicinare la diagnosi al paziente, favorendo una presa in carico più tempestiva e integrata.

Innovazione terapeutica e nuovi paradigmi di trattamento

L'evoluzione delle terapie, in particolare con l'introduzione degli anti-VEGF, ha cambiato radicalmente la storia naturale delle maculopatie, riducendo significativamente il rischio di cecità. Le nuove molecole e i regimi terapeutici più avanzati consentono oggi di ridurre la frequenza delle iniezioni, migliorando l'aderenza e riducendo il carico sui servizi sanitari.

Il passaggio da regimi reattivi a regimi proattivi ha rappresentato un cambio di paradigma, orientato a prevenire il peggioramento della malattia piuttosto che intervenire solo in caso di ricaduta. Tuttavia, permane un gap tra le raccomandazioni cliniche e la pratica reale, con un numero di trattamenti spesso inferiore a quello necessario per garantire outcome ottimali.

Riorganizzazione dei modelli assistenziali: dalla sala operatoria all'ambulatorio

Uno degli elementi centrali emersi riguarda la necessità di ripensare i modelli organizzativi. In particolare, il trasferimento delle iniezioni intravitreali dalla sala operatoria all'ambulatorio rappresenta un'opportunità concreta per aumentare l'efficienza del sistema.

Questo cambiamento consente di trattare un numero maggiore di pazienti, ridurre le liste d'attesa, abbattere i costi e liberare risorse per attività più complesse. Le evidenze mostrano che il setting ambulatoriale garantisce livelli di sicurezza comparabili, con un miglior utilizzo delle risorse disponibili.



Sostenibilità e Value Based Healthcare

La sostenibilità del sistema sanitario non può essere valutata esclusivamente in termini di spesa, ma deve essere letta in relazione al valore generato. Investire in innovazione può comportare un aumento dei costi nel breve periodo, ma produce benefici significativi in termini di outcome clinici, qualità di vita e riduzione dei costi sociali.

Il concetto di value based healthcare impone di valutare gli interventi sulla base del rapporto tra risultati e risorse impiegate. In questo contesto, diventa fondamentale superare una visione a silos della spesa sanitaria e adottare una prospettiva sistemica, che consideri l'intero percorso del paziente.

Criticità del sistema: accesso, aderenza e disomogeneità territoriale

Nonostante le innovazioni disponibili, persistono importanti criticità. Tra queste, le difficoltà di accesso ai servizi, le liste d'attesa, la carenza di personale e la scarsa aderenza ai trattamenti. Un elemento particolarmente rilevante è la disomogeneità territoriale: la qualità delle cure e l'accesso alle terapie variano significativamente tra regioni e anche all'interno delle stesse. Questo determina una situazione in cui il luogo di residenza può influenzare gli esiti di salute, mettendo in discussione il principio di equità del Servizio Sanitario Nazionale.

Il ruolo dei dati e della governance

La mancanza di sistemi informativi integrati rappresenta un limite importante. Senza dati affidabili e aggiornati sugli outcome, sulla spesa e sull'aderenza terapeutica, diventa difficile valutare l'efficacia degli interventi e orientare le decisioni. È quindi necessario sviluppare sistemi di monitoraggio in grado di misurare i risultati reali e supportare una governance basata su evidenze. Solo attraverso l'analisi dei dati sarà possibile individuare le migliori pratiche e ridurre le disuguaglianze.

Verso modelli integrati e reti clinico-organizzative

La gestione delle maculopatie richiede un approccio integrato, basato su percorsi strutturati e condivisi. I PDTA rappresentano uno strumento fondamentale per definire ruoli, responsabilità e tempi di intervento, garantendo continuità assistenziale.



L'evoluzione verso reti clinico-organizzative regionali consente di coordinare le diverse componenti del sistema, favorendo la collaborazione tra ospedale e territorio e migliorando l'efficienza complessiva.

Centralità del paziente e qualità della vita

Un elemento trasversale emerso con forza è la centralità del paziente. Le patologie maculari impattano profondamente sulla qualità della vita, limitando autonomia, capacità lavorativa e relazioni sociali. Garantire trattamenti efficaci e tempestivi significa non solo preservare la vista, ma anche tutelare la dignità e l'indipendenza della persona. In questo senso, la qualità percepita e l'esperienza del paziente diventano indicatori fondamentali di valore.

Temi emersi

- **Necessità di integrare innovazione tecnologica** e innovazione organizzativa
- **Centralità del risultato clinico** rispetto a appropriatezza e sostenibilità
- **Elevato impatto epidemiologico e socio-economico** delle maculopatie
- **Importanza della diagnosi precoce** e del fattore tempo
- **Evoluzione delle terapie anti-VEGF** e nuovi regimi terapeutici
- **Gap tra evidenze cliniche e pratica reale** (aderenza e frequenza trattamenti)
- **Necessità di spostare l'attività** da sala operatoria a setting ambulatoriali
- **Disomogeneità territoriale** nell'accesso e nella qualità delle cure
- **Limiti dei sistemi informativi** e carenza di dati sugli outcome
- **Importanza della value based healthcare** e superamento dei silos di spesa
- **Crescente pressione demografica** e aumento delle patologie croniche
- **Centralità della qualità della vita** e dell'esperienza del paziente



Action points

- **Sviluppare modelli organizzativi integrati** che accompagnino l'innovazione terapeutica
- **Implementare PDTA strutturati** e condivisi a livello regionale
- **Favorire il passaggio delle iniezioni intravitreali** in setting ambulatoriali
- **Potenziare la diagnostica territoriale** (OCT, retinografia, telemedicina)
- **Migliorare l'aderenza terapeutica** attraverso regimi proattivi e farmaci a lunga durata
- **Ridurre le liste d'attesa** e garantire tempi rapidi tra diagnosi e trattamento
- **Investire in sistemi informativi** per il monitoraggio degli outcome reali
- **Promuovere un approccio value based** che integri costi e risultati
- **Ridurre le disuguaglianze territoriali** attraverso reti clinico-organizzative
- **Rafforzare la collaborazione tra ospedale, territorio e professionisti sanitari**
- **Coinvolgere il paziente** nei percorsi di cura e nella valutazione dei risultati
- **Definire obiettivi chiari e misurabili** per i sistemi sanitari regionali
- **Migliorare la governance** attraverso dati, evidenze e confronto tra best practices



FOCUS ON

La prevenzione vaccinale antinfluenzale, uno strumento di buona salute e sostenibilità

Tavolo di confronto su strategie ed esperienze regionali

L'influenza come problema di salute pubblica e sostenibilità del sistema

L'influenza stagionale viene non è una patologia banale, ma una vera e propria minaccia per la salute pubblica, con impatti rilevanti sia sul piano clinico sia su quello economico. I dati epidemiologici mostrano un'incidenza significativa nella popolazione, con percentuali elevate soprattutto nei bambini, e un numero consistente di casi gravi e decessi ogni anno. Il peso della malattia si concentra in particolare sui soggetti fragili e cronici, nei quali il rischio di ospedalizzazione può aumentare fino a dieci volte rispetto alla popolazione generale.

L'impatto non si limita alla dimensione sanitaria, ma si estende alla sostenibilità del sistema Paese. Le ospedalizzazioni, i ricoveri in terapia intensiva e le assenze lavorative generano costi diretti e indiretti molto elevati, stimati complessivamente in circa un miliardo di euro l'anno. In questo contesto, la prevenzione vaccinale emerge come uno degli strumenti più efficaci per ridurre il carico di malattia, migliorare gli esiti clinici e contenere la spesa sanitaria.

Fragilità, invecchiamento e nuove sfide epidemiologiche

L'evoluzione demografica e l'aumento delle patologie croniche rendono la popolazione sempre più vulnerabile agli effetti dell'influenza. L'invecchiamento, associato alla presenza di comorbidità, amplifica il rischio di complicanze gravi, perdita di autonomia e istituzionalizzazione. L'influenza agisce spesso come fattore scatenante di eventi acuti, tra cui scompensi cardiovascolari e respiratori, determinando un deterioramento funzionale che può risultare irreversibile.

Negli ultimi anni si è osservato inoltre un incremento delle ospedalizzazioni per infezioni respiratorie, con una pressione crescente non solo sugli ospedali ma sull'intero sistema delle cure primarie. Questo scenario impone un ripensamento delle strategie di prevenzione, orientandole verso modelli più proattivi, mirati e integrati.



Il ruolo strategico dei vaccini e l'innovazione tecnologica

L'innovazione in ambito vaccinale rappresenta una leva fondamentale per migliorare l'efficacia delle campagne di prevenzione. I vaccini potenziati, progettati per superare i limiti dell'immunosenescenza, offrono una maggiore risposta immunitaria e una protezione superiore rispetto ai vaccini standard, con evidenze di riduzione anche degli eventi cardiovascolari correlati all'influenza.

Le raccomandazioni nazionali e internazionali indicano chiaramente la necessità di utilizzare vaccini potenziati nei soggetti più vulnerabili, in particolare negli over 65, ma anche in tutti gli over 60, con una crescente attenzione anche alle fasce di età inferiori ma caratterizzate da condizioni di rischio. I vaccini cell based hanno un'efficacia relativa più elevata rispetto ai vaccini standard dose nella corte 6 mesi - 64 anni e permettono di evitare il rischio dell'egg-adaptation. L'appropriatezza vaccinale diventa quindi un elemento centrale, richiedendo una personalizzazione dell'offerta in base alle caratteristiche cliniche del paziente.

Coperture vaccinali insufficienti e disuguaglianze territoriali

Nonostante l'efficacia dimostrata della vaccinazione, le coperture restano significativamente inferiori agli obiettivi raccomandati. In particolare, tra gli over 65 si registra una percentuale intorno al 50%, ben lontana dal target del 75%. La situazione appare ulteriormente critica nella popolazione generale, con valori inferiori al 20%.

A questo si aggiunge una marcata disomogeneità tra le regioni, con differenze rilevanti nelle percentuali di copertura e nelle modalità organizzative delle campagne vaccinali. Questo fenomeno evidenzia un problema di equità di accesso, che contrasta con il principio di universalità del sistema sanitario e richiede interventi strutturali per garantire pari opportunità a tutti i cittadini.



Disaffezione vaccinale e crisi di fiducia post-COVID

Uno dei temi più rilevanti emersi riguarda la crescente disaffezione verso la vaccinazione, aggravata dall'esperienza della pandemia da COVID-19. La diffusione di informazioni contrastanti e la percezione di incertezza da parte delle istituzioni hanno contribuito a minare la fiducia dei cittadini, con ripercussioni anche sulle campagne vaccinali tradizionali.

Il fenomeno non riguarda solo la popolazione generale, ma anche gli operatori sanitari, tra i quali si registrano livelli di adesione non sempre adeguati. Questo elemento rappresenta una criticità importante, poiché il personale sanitario dovrebbe essere il primo promotore della cultura vaccinale.

Modelli organizzativi regionali e buone pratiche

Il confronto tra diverse esperienze regionali ha evidenziato come non esista un modello unico di successo, ma piuttosto una pluralità di approcci adattati ai contesti locali. Diverse Regioni hanno ampliato a tutta la popolazione over 60 la raccomandazione dei vaccini potenziati.

Alcune regioni hanno migliorato significativamente le coperture grazie a interventi organizzativi mirati, tra cui la semplificazione dell'accesso ai vaccini, l'uso di piattaforme digitali per la gestione e il monitoraggio, e l'ampliamento dei punti di erogazione.

L'introduzione di nuovi attori, come le farmacie e altri servizi territoriali, ha contribuito ad aumentare la capillarità dell'offerta, senza creare competizione con i medici di medicina generale. Al contrario, l'integrazione tra diversi erogatori si è dimostrata un fattore chiave per raggiungere un numero maggiore di cittadini.



Il ruolo centrale della medicina generale e della rete territoriale

La medicina generale continua a rappresentare il principale punto di riferimento per i cittadini, grazie alla conoscenza diretta dei pazienti e alla capacità di individuare le situazioni di rischio. Tuttavia, il carico di lavoro crescente richiede un rafforzamento dell'organizzazione, attraverso il lavoro in team e il supporto di figure professionali dedicate.

Parallelamente, la rete territoriale, incluse le farmacie e le nuove strutture come le case di comunità, deve essere valorizzata per garantire una maggiore prossimità ai cittadini, soprattutto nelle aree interne e rurali. L'obiettivo è costruire un sistema integrato in grado di intercettare attivamente i bisogni della popolazione.

Dalla sanità reattiva alla medicina attiva e personalizzata

Un cambiamento fondamentale riguarda il passaggio da un modello basato sull'offerta passiva a uno orientato alla chiamata attiva. La semplice disponibilità del vaccino non è sufficiente: è necessario contattare direttamente i cittadini, soprattutto quelli più fragili, e accompagnarli nel percorso di prevenzione.

In questo contesto, l'integrazione dei vaccini nei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali rappresenta una strategia efficace per aumentare l'adesione, rendendo la vaccinazione parte integrante della gestione delle patologie croniche. L'utilizzo dei dati e delle tecnologie digitali può inoltre supportare una maggiore precisione e tempestività degli interventi.



Temi emersi

- L'influenza come **problema sanitario rilevante** e non "banale"
- **Impatto economico significativo** su sistema sanitario e produttività
- **Crescente fragilità della popolazione** legata a invecchiamento e cronicità
- **Basse coperture vaccinali**, soprattutto negli over 65 e nei soggetti fragili
- **Importanza dei vaccini potenziati** per aumentare efficacia e protezione
- **Disomogeneità regionale** nell'accesso e nell'organizzazione delle campagne (Raccomandazione Vaccini potenziati negli over 65)
- Diverse Regioni raccomandano i **vaccini potenziati in tutti gli over 60**
- **Vaccini cell-based** più efficaci rispetto agli standard dose
- Disaffezione vaccinale post-COVID e **perdita di fiducia nelle istituzioni**
- **Ruolo centrale della medicina generale** nella promozione e somministrazione
- Necessità di **integrazione tra ospedale, territorio e nuovi erogatori**
- **Limiti dell'attuale modello** basato su accesso spontaneo (chiamata passiva)
- **Importanza dei dati e del monitoraggio** per valutare esiti e appropriatezza
- **Necessità di una comunicazione più efficace** e coerente verso i cittadini



Action points

- Rafforzare la **chiamata attiva** dei cittadini, soprattutto fragili e cronici
- Integrare la vaccinazione nei **PDTA e percorsi di cura delle cronicità**
- Garantire **equità di accesso** su tutto il territorio nazionale
- Ampliare il numero di **punti vaccinali** (MMG, farmacie, ospedali, luoghi di lavoro)
- Investire in **vaccini potenziati** per le fasce più vulnerabili
- Omogenizzazione della raccomandazione dei **vaccini potenziati** per gli over 65 in tutte le Regioni
- Valutare l'offerta dei **vaccini cell-based** per i fragili nelle fasce di età 6 mesi -64 anni
- Semplificare l'organizzazione con **piattaforme digitali integrate**
- Migliorare la **distribuzione tempestiva dei vaccini** agli erogatori
- Rafforzare il **ruolo della medicina generale** con supporto organizzativo e team
- Sviluppare la **rete territoriale** (case di comunità, farmacie, telemedicina)
- Definire **obiettivi chiari per i direttori generali** sulle coperture vaccinali
- Promuovere campagne di **comunicazione scientifica credibile e coordinata**
- Aumentare l'adesione degli **operatori sanitari**, anche con misure più stringenti
- Utilizzare i dati per dimostrare gli **esiti positivi della vaccinazione**
- Superare la logica dei "silos" e valutare la prevenzione in termini di **outcome complessivi**



FOCUS ON

Equità di accesso all'Innovazione, uno sguardo sulla Cronicità del Diabete

Il diabete come paradigma della gestione delle cronicità

Il diabete rappresenta oggi una delle patologie croniche più diffuse e complesse da gestire all'interno dei sistemi sanitari. La sua rilevanza non deriva soltanto dall'elevata prevalenza nella popolazione, ma anche dal forte impatto clinico, sociale ed economico che comporta. Per questo motivo la gestione della cronicità diabetica viene sempre più considerata una sorta di banco di prova per la capacità dei sistemi sanitari di garantire equità, appropriatezza e sostenibilità.

Negli ultimi anni l'innovazione tecnologica ha trasformato profondamente la gestione della malattia. Strumenti come il monitoraggio continuo della glicemia consentono di passare da un controllo sporadico e frammentario dei livelli glicemici a un monitoraggio costante e dinamico dell'andamento metabolico del paziente. Questa evoluzione ha aperto nuove prospettive nella personalizzazione delle cure, nella prevenzione delle complicanze e nel miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete. Allo stesso tempo, però, l'accesso a queste innovazioni non è uniforme sul territorio nazionale. Persistono differenze significative tra le regioni sia nei criteri di prescrizione sia nelle modalità organizzative di accesso alle tecnologie, generando una situazione in cui cittadini con le stesse condizioni cliniche possono ricevere trattamenti diversi a seconda della regione di residenza.

Il valore clinico del monitoraggio continuo della glicemia

Il monitoraggio continuo della glicemia rappresenta una delle innovazioni più significative nella gestione del diabete. Questi dispositivi permettono di rilevare costantemente i livelli di glucosio, fornendo dati in tempo reale al paziente e al clinico.



L'utilizzo di questi strumenti consente di monitorare l'andamento glicemico durante l'intero arco della giornata, identificando trend e variazioni che non emergerebbero attraverso i tradizionali controlli con strisce reattive. Questo approccio permette una gestione più precisa della terapia e una maggiore consapevolezza da parte del paziente rispetto agli effetti di alimentazione, attività fisica e terapia farmacologica.

Le evidenze scientifiche dimostrano che l'uso del monitoraggio continuo contribuisce a migliorare il controllo metabolico, riducendo i livelli di emoglobina glicata e diminuendo gli episodi di ipoglicemia e iperglicemia. Inoltre, migliora la qualità della vita dei pazienti, riducendo lo stress legato alla gestione della malattia e la paura delle crisi ipoglicemiche. Questa tecnologia consente inoltre una migliore integrazione con sistemi di somministrazione dell'insulina e con strumenti digitali di telemedicina, favorendo modelli di cura più proattivi e personalizzati.

Le nuove linee guida e l'evoluzione dell'approccio terapeutico

Le nuove linee guida internazionali e nazionali sul monitoraggio glicemico hanno rafforzato il ruolo dei sistemi di monitoraggio continuo come strumento centrale nella gestione del diabete. Le nuove LG nazionali dell'ISS e pubblicate ad Ottobre 2025, riportano con raccomandazione forte l'utilizzo dei sistemi CGM sia nei pazienti in trattamento con insulina basale che in terapia orale.

Oltre al miglioramento dei parametri glicemici, l'utilizzo di queste tecnologie consente una gestione più consapevole della malattia da parte del paziente. La possibilità di osservare in tempo reale l'effetto delle scelte alimentari o delle variazioni dello stile di vita contribuisce infatti a migliorare l'aderenza terapeutica e la responsabilizzazione nella gestione della patologia.

L'implementazione delle LG nazionali richiede un aggiornamento dei criteri di eleggibilità presenti a livello di ciascuna regione. Solo 7 regioni italiane ad oggi si sono già allineate con dei criteri regionali che prevedono un utilizzo ampio della tecnologia CGM: Sicilia, Lombardia, Lazio, Campania, Marche, Basilicata e Veneto.



L'impatto economico del diabete e il ruolo dell'Health Technology Assessment

Il diabete rappresenta una delle principali voci di spesa sanitaria, con costi complessivi che includono sia le spese sanitarie dirette sia i costi indiretti legati alla perdita di produttività. Una quota significativa di questi costi è determinata dalle complicanze della malattia e dai ricoveri ospedalieri.

Le analisi economiche evidenziano come gli interventi di prevenzione e gestione precoce della malattia possano contribuire a ridurre significativamente questi costi. In questo contesto, l'Health Technology Assessment rappresenta uno strumento fondamentale per valutare l'impatto clinico, economico e organizzativo delle innovazioni tecnologiche.

Le valutazioni condotte mostrano che l'introduzione dei sistemi di monitoraggio continuo comporta un investimento iniziale, ma genera risparmi nel medio-lungo periodo grazie alla riduzione delle complicanze e delle ospedalizzazioni. Il concetto di investimento diventa quindi centrale nella valutazione delle innovazioni: non si tratta semplicemente di considerare il costo immediato dei dispositivi, ma di analizzare il loro impatto complessivo sulla sostenibilità del sistema sanitario.

Le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle tecnologie

Uno dei temi più ricorrenti emersi durante il confronto riguarda la forte variabilità regionale nell'accesso alle tecnologie per la gestione del diabete. Nonostante l'esistenza di linee guida nazionali, le modalità di accesso ai dispositivi e i criteri di prescrizione variano significativamente tra le diverse regioni.

Queste differenze derivano da fattori organizzativi, amministrativi e finanziari, ma anche dalla diversa capacità delle regioni di integrare le innovazioni nei propri modelli di assistenza.

La conseguenza è la creazione di disuguaglianze che incidono direttamente sugli esiti di salute e sulla qualità di vita delle persone con diabete. Garantire equità di accesso alle innovazioni diventa quindi una priorità non solo dal punto di vista clinico, ma anche etico e sociale.



Digitalizzazione, dati sanitari e nuovi modelli di cura

La digitalizzazione dei sistemi sanitari rappresenta un elemento chiave per migliorare la gestione delle patologie croniche. L'integrazione dei dati provenienti dai dispositivi di monitoraggio nel fascicolo sanitario elettronico consente di creare una storia clinica completa e continuamente aggiornata del paziente.

Questo approccio permette ai professionisti sanitari di accedere a informazioni tempestive e di migliorare il coordinamento tra i diversi livelli di assistenza. Inoltre, la disponibilità di dati strutturati apre nuove opportunità per la ricerca clinica e per lo sviluppo di modelli di analisi predittiva.

L'ecosistema dei dati sanitari, in fase di sviluppo a livello nazionale, mira proprio a creare un sistema integrato che permetta la condivisione e l'analisi delle informazioni sanitarie in modo sicuro e interoperabile.

Questa infrastruttura potrà supportare non solo l'assistenza clinica, ma anche la programmazione sanitaria, la ricerca e la valutazione delle politiche sanitarie.

Il ruolo dell'organizzazione sanitaria e delle reti diabetologiche

L'adozione delle innovazioni tecnologiche richiede un adeguamento dei modelli organizzativi dei sistemi sanitari. La gestione del diabete non può essere affidata esclusivamente allo specialista, ma deve basarsi su un approccio multidisciplinare che coinvolga diversi professionisti sanitari.

Le reti diabetologiche rappresentano uno strumento fondamentale per garantire una presa in carico efficace dei pazienti e per integrare le diverse competenze necessarie nella gestione della malattia.

In questo contesto, il rafforzamento dell'assistenza territoriale e l'integrazione tra ospedale e territorio assumono un ruolo centrale. Le case della comunità, previste dal DM77, rappresentano un'opportunità per sviluppare modelli di assistenza più vicini ai bisogni dei pazienti cronici.



Il ruolo dei pazienti e delle associazioni nella governance delle cure

Le associazioni di pazienti svolgono un ruolo sempre più importante nel sistema sanitario. Non solo rappresentano un punto di riferimento per le persone con diabete, ma contribuiscono anche a portare all'attenzione delle istituzioni le criticità e le esigenze reali dei pazienti.

Il coinvolgimento delle associazioni nei processi decisionali può favorire lo sviluppo di politiche sanitarie più aderenti ai bisogni della popolazione e contribuire a migliorare l'efficacia dei modelli di assistenza.

La partecipazione attiva dei pazienti nei percorsi di cura, attraverso programmi di educazione terapeutica e iniziative di empowerment, rappresenta inoltre un elemento fondamentale per il successo delle innovazioni tecnologiche.

Temi emersi

- **Il diabete come patologia paradigmatica** per la gestione delle cronicità e per la valutazione dell'efficacia delle politiche sanitarie.
- **L'importanza del monitoraggio continuo della glicemia** come innovazione chiave nella gestione della malattia.
- **Il miglioramento degli outcome clinici** e della qualità di vita grazie alle nuove tecnologie.
- **Il ruolo centrale delle linee guida** scientifiche nel definire gli standard di cura.
- **Le forti disuguaglianze territoriali** nell'accesso alle tecnologie e ai modelli organizzativi.
- **Il peso economico** del diabete per il sistema sanitario e l'importanza della prevenzione delle complicanze.
- **Il ruolo dell'Health Technology Assessment** nella valutazione delle innovazioni sanitarie.
- **L'importanza della digitalizzazione** e dell'integrazione dei dati sanitari nel fascicolo sanitario elettronico.
- **Lo sviluppo dell'ecosistema dei dati sanitari** come infrastruttura strategica per assistenza, ricerca e programmazione sanitaria.
- **Il valore dell'organizzazione dei servizi** e delle reti diabetologiche per garantire continuità assistenziale.
- **Il ruolo crescente delle associazioni di pazienti** nella governance delle politiche sanitarie.
- **La necessità di rafforzare l'assistenza territoriale** e l'integrazione tra ospedale e territorio.



Action points

- **Promuovere criteri regionali più uniformi** per l'accesso alle tecnologie per la gestione del diabete.
- **Ridurre le disuguaglianze territoriali** attraverso modelli organizzativi condivisi tra le regioni.
- **Rafforzare le reti diabetologiche regionali** e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale.
- **Integrare sistematicamente i dati dei dispositivi di monitoraggio** nel fascicolo sanitario elettronico regionale.
- **Sviluppare infrastrutture digitali interoperabili** per la gestione e l'analisi dei dati sanitari.
- **Utilizzare strumenti di Health Technology Assessment** per orientare le decisioni di investimento nelle tecnologie sanitarie.
- **Promuovere programmi strutturati di educazione terapeutica** per migliorare l'aderenza alle cure.
- **Coinvolgere attivamente le associazioni di pazienti** nei processi decisionali e nei tavoli istituzionali.
- **Investire nella formazione dei professionisti sanitari** per la gestione delle nuove tecnologie e dei dati clinici.
- **Sviluppare modelli di telemedicina e telemonitoraggio** per migliorare l'accesso alle cure nelle aree più difficili.
- **Utilizzare l'analisi dei dati e l'intelligenza artificiale** per migliorare la prevenzione e la personalizzazione delle terapie.
- **Promuovere la collaborazione tra regioni** e la condivisione delle best practice organizzative.



FOCUS ON

Malattie Rare: innovazione digitale e reti del futuro Intelligenza artificiale e ingegneria biomedica: dal progetto ARGO alla medicina personalizzata

Dall'ERN al territorio: nuove sfide e competenze condivise

Il paradigma delle malattie rare nel sistema sanitario contemporaneo

Le malattie rare rappresentano oggi uno dei paradigmi più significativi per comprendere l'evoluzione del sistema sanitario. Nonostante la loro bassa incidenza individuale, il loro numero elevato – tra le 7.000 e le 8.000 patologie – coinvolge complessivamente milioni di persone, rendendole una priorità sanitaria, sociale e organizzativa. Il percorso normativo sviluppato negli ultimi anni ha permesso di riconoscere diritti specifici, accesso a prestazioni e trattamenti, e la costruzione di una rete assistenziale dedicata, configurando un sistema articolato che integra dimensioni cliniche, organizzative e sociali.

Il valore di questo modello non risiede solo nella gestione di queste patologie, ma nella sua capacità di fungere da riferimento per tutte le condizioni croniche e complesse, anticipando modelli di presa in carico più evoluti, centrati sulla persona e sostenibili nel lungo periodo.

Dalla normativa alla pratica: la sfida dell'implementazione

L'Italia dispone oggi di una cornice normativa avanzata, rafforzata da strumenti strategici come il piano nazionale malattie rare e il coordinamento con le reti europee. Tuttavia, la vera sfida risiede nella capacità di tradurre queste indicazioni in pratica uniforme sul territorio.

Permangono infatti differenze regionali significative nell'implementazione dei modelli organizzativi, nella disponibilità di servizi e nell'accesso alle cure. Il tema non è più definire cosa fare, ma garantire che quanto già previsto venga applicato in modo omogeneo, superando le disuguaglianze territoriali e assicurando equità di accesso.



Le reti: integrazione tra livello europeo, nazionale e territoriale

Uno degli elementi centrali emersi è il ruolo delle reti, sia a livello nazionale che europeo. Le reti europee di riferimento rappresentano un punto di forza fondamentale per la condivisione delle competenze, la riduzione dei tempi diagnostici e il confronto tra specialisti su patologie altamente complesse. Parallelamente, a livello nazionale e regionale, si è sviluppata una rete assistenziale che deve però evolvere ulteriormente verso una maggiore interoperabilità e integrazione. L'obiettivo è costruire un sistema in cui i diversi nodi – ospedali di alta specializzazione, strutture territoriali, servizi farmaceutici e assistenziali – dialoghino tra loro in modo fluido, evitando al paziente il peso della gestione del percorso.

Centralizzazione delle competenze e prossimità delle cure

Un nodo cruciale riguarda l'equilibrio tra concentrazione delle competenze e prossimità dell'assistenza. Le terapie più innovative, come quelle geniche, richiedono centri altamente specializzati e quindi centralizzati. Tuttavia, la vita quotidiana dei pazienti, spesso caratterizzata da una lunga convivenza con la malattia, richiede servizi vicini al domicilio.

Questa dualità impone la costruzione di modelli ibridi, in cui la presa in carico specialistica si integra con una gestione territoriale efficace. In questo contesto, strumenti come la telemedicina e i sistemi informativi condivisi diventano essenziali per garantire continuità assistenziale senza costringere il paziente a continui spostamenti.

Continuità assistenziale e transizioni lungo il ciclo di vita

Le malattie rare non riguardano più esclusivamente l'età pediatrica, ma accompagnano sempre più frequentemente le persone lungo tutto l'arco della vita. Questo rende centrale il tema della continuità assistenziale e delle transizioni tra diverse fasi e setting di cura.

La gestione del passaggio dall'età pediatrica a quella adulta, così come quello verso l'età geriatrica, rappresenta ancora oggi un punto critico, caratterizzato da discontinuità organizzative e variabilità territoriale. È necessario sviluppare modelli strutturati di "transitional care" che garantiscano continuità, chiarezza delle responsabilità e integrazione tra servizi.



Il ruolo strategico del territorio e della sanità di prossimità

L'evoluzione del sistema sanitario verso modelli di prossimità, sostenuta anche dalle riforme recenti, offre un'opportunità concreta per migliorare la presa in carico dei pazienti con malattie rare. Strutture come case e ospedali di comunità, insieme alla telemedicina e al fascicolo sanitario elettronico, possono diventare nodi fondamentali di raccordo con i centri di riferimento.

La sfida è trasformare queste opportunità in pratica quotidiana, rendendo strutturale la gestione a distanza e la collaborazione tra livelli assistenziali, soprattutto nei casi in cui il centro di riferimento si trovi fuori regione.

Innovazione terapeutica e sostenibilità del sistema

Le terapie innovative rappresentano una delle più grandi opportunità, ma anche una delle principali sfide per il sistema sanitario. Il loro elevato costo impone modelli di valutazione più avanzati, percorsi amministrativi semplificati e un forte coordinamento tra livello nazionale e regionale.

Il rischio non è l'innovazione in sé, ma la disuguaglianza nell'accesso. Garantire equità significa sostenere i territori più deboli e promuovere un livellamento verso l'alto, evitando che le differenze organizzative si traducano in differenze di cura.

Famiglie e caregiver: il cuore invisibile del sistema

Un elemento centrale è rappresentato dal ruolo delle famiglie e dei caregiver, spesso invisibile ma fondamentale. Le malattie rare impattano profondamente sulla vita quotidiana dell'intero nucleo familiare, generando carichi organizzativi, emotivi e sociali significativi.

È necessario sviluppare modelli di supporto strutturati che includano sostegno psicologico, formazione, reti territoriali e un coinvolgimento attivo nei processi decisionali, riconoscendo il caregiver come parte integrante del sistema di cura.



Intelligenza artificiale e trasformazione digitale della sanità

L'intelligenza artificiale sta introducendo un cambiamento radicale nei modelli organizzativi e tecnologici della sanità. Non si tratta solo di strumenti innovativi, ma di una vera e propria ridefinizione del rapporto tra uomo e macchina.

Le applicazioni già disponibili dimostrano come l'AI possa automatizzare attività amministrative e cliniche, come la produzione di referti, la gestione delle informazioni cliniche e il supporto ai processi decisionali. Questo consente di liberare tempo per l'attività clinica e migliorare l'efficienza complessiva del sistema.

Dal dato alla conoscenza: il valore dei dati non strutturati

Uno degli sviluppi più rilevanti riguarda la capacità dell'AI di analizzare dati non strutturati, come referti, conversazioni e documentazione clinica. Questo permette di trasformare grandi quantità di informazioni in conoscenza utilizzabile, ampliando significativamente le potenzialità della business intelligence.

L'analisi semantica consente di comprendere il significato dei dati, identificare pattern e supportare la pianificazione sanitaria, offrendo nuove prospettive nella gestione della domanda di salute e nell'organizzazione dei servizi.

Interoperabilità e governance dei dati

La trasformazione digitale richiede però una condizione fondamentale: l'interoperabilità. La presenza di molteplici sistemi non comunicanti rappresenta ancora oggi un limite significativo, come evidenziato nel caso della telemedicina.

L'uniformità dei modelli di dati, del linguaggio e delle piattaforme è la base per costruire una governance nazionale efficace. In questo contesto, l'evoluzione verso modelli semantici e l'utilizzo di agenti intelligenti può rappresentare un elemento chiave per superare le attuali frammentazioni.



Le malattie rare come banco di prova del sistema sanitario

Le malattie rare emergono quindi come un vero banco di prova per la capacità del sistema sanitario di gestire la complessità. La loro gestione richiede integrazione, innovazione, equità e sostenibilità.

Se il sistema sarà in grado di garantire uniformità nell'applicazione delle politiche, integrazione tra livelli assistenziali, utilizzo efficace delle tecnologie e supporto alle famiglie, potrà costruire un modello replicabile per l'intero sistema sanitario.

Temi emersi

- **Centralità delle malattie rare** come paradigma della complessità sanitaria
- **Importanza delle reti** integrate (nazionali ed europee)
- **Ritardo diagnostico ancora elevato** e necessità di riduzione
- **Equilibrio tra centri altamente specializzati** e assistenza territoriale
- **Continuità assistenziale** lungo tutto il ciclo di vita
- **Ruolo crescente della sanità** di prossimità
- **Disomogeneità territoriale** nell'implementazione delle politiche
- **Impatto delle terapie innovative** sulla sostenibilità
- **Disuguaglianze nell'accesso alle cure** e all'innovazione
- **Ruolo cruciale di famiglie** e caregiver
- **Trasformazione digitale** e potenzialità dell'intelligenza artificiale
- **Valorizzazione dei dati** non strutturati
- **Necessità di interoperabilità** dei sistemi sanitari
- **Centralità della governance** e della responsabilità politica



Action points

- **Rafforzare l'integrazione tra reti europee**, nazionali e territoriali
- **Ridurre i tempi di diagnosi** attraverso uso di AI e genomica
- **Sviluppare modelli organizzativi ibridi** tra centralizzazione e prossimità
- **Strutturare percorsi di continuità assistenziale** e transitional care
- **Implementare pienamente case** e ospedali di comunità
- **Rendere la telemedicina pratica ordinaria** e interoperabile
- **Garantire uniformità** nell'applicazione del piano nazionale
- **Semplificare i percorsi** di accesso alle terapie innovative
- **Promuovere equità territoriale** attraverso supporto alle regioni più deboli
- **Rafforzare il supporto a famiglie e caregiver** (psicologico, formativo, organizzativo)
- **Investire nella digitalizzazione** e nell'uso avanzato dei dati
- **Integrare dati strutturati** e non strutturati per migliorare la programmazione
- **Definire standard nazionali di interoperabilità** e linguaggio dei dati
- **Sviluppare modelli di governance** basati su trasparenza e monitoraggio continuo



FOCUS ON

INNOVAZIONE DIGITALE TRA PRESENTE E FUTURO PIATTAFORME COLLABORATIVE PER LA SANITÀ DATA DRIVEN

La trasformazione digitale come leva sistemica e non solo tecnologica

L'innovazione digitale in sanità emerge come un fenomeno che va ben oltre l'introduzione di nuove tecnologie, configurandosi come una vera trasformazione dei processi clinici, organizzativi e professionali. Il digitale non può essere considerato una semplice infrastruttura, ma un elemento abilitante che ridefinisce ruoli, responsabilità e modelli operativi. Centrale in questo processo è il ruolo dei professionisti sanitari, depositari della qualità del dato, senza la quale nessun sistema digitale o algoritmo di intelligenza artificiale può essere realmente affidabile.

La trasformazione richiede quindi una revisione delle competenze, una maggiore integrazione multiprofessionale e una governance dell'innovazione che sia condivisa e misurabile. Il sistema sanitario del futuro sarà inevitabilmente digitale, ma soprattutto multiprofessionale, con un forte orientamento alla medicina di precisione e alla sostenibilità.

Il dato sanitario: qualità, governance e valore strategico

Il dato rappresenta il fulcro dell'intero ecosistema sanitario digitale. Tuttavia, la disponibilità di grandi quantità di dati non è sufficiente: il vero tema è la qualità, la standardizzazione e la capacità di renderli interoperabili.

Persistono criticità legate alla frammentazione dei dati, alla loro eterogeneità e alla difficoltà di integrarli tra sistemi diversi. La mancanza di standard condivisi comporta spesso una perdita significativa di informazioni utilizzabili nei processi di ricerca e nella pratica clinica.

Accanto a ciò, emergono questioni cruciali legate alla sicurezza (cybersecurity), alla privacy e alla governance del dato. Il modello che si sta affermando è quello dell'analisi distribuita, in cui i dati rimangono nei sistemi locali ma contribuiscono a generare valore attraverso modelli federati, riducendo i rischi legati alla condivisione diretta.



Intelligenza artificiale: opportunità, limiti e responsabilità

L'intelligenza artificiale è riconosciuta come uno strumento con grande potenziale per migliorare la qualità delle cure, ridurre gli errori e supportare le decisioni cliniche. Tuttavia, viene sottolineato con forza che essa deve rimanere uno strumento di supporto e non sostituire il giudizio umano.

Emergono anche limiti significativi: molte soluzioni non sono ancora supportate da solide evidenze scientifiche e la ricerca clinica in questo ambito risulta spesso insufficiente o metodologicamente debole. Inoltre, l'uso prolungato dell'AI può comportare rischi di perdita di competenze da parte dei professionisti.

Un altro tema rilevante è quello delle "allucinazioni" degli algoritmi e dell'eccessiva fiducia nei sistemi automatici. Da qui la necessità di mantenere un approccio "human-in-the-loop", in cui il professionista valida, integra o eventualmente rifiuta le indicazioni dell'AI.

Ecosistemi federati e piattaforme collaborative

Uno dei messaggi più forti emersi è che il futuro della sanità digitale non sarà determinato da singole tecnologie, ma dalla capacità di costruire ecosistemi collaborativi. Questi ecosistemi devono integrare ricerca, industria, clinica e istituzioni, favorendo la condivisione del valore del dato più che del dato stesso.

Le piattaforme collaborative, basate su modelli di federated learning, consentono di superare i limiti della frammentazione, permettendo di generare evidenze su larga scala senza compromettere la privacy. Questo approccio è particolarmente rilevante per la ricerca clinica multicentrica, che necessita di dati eterogenei ma comparabili.

La collaborazione tra centri di ricerca, spesso ancora insufficiente, rappresenta una delle principali leve per migliorare la qualità scientifica e accelerare l'innovazione.



Sanità data-driven e medicina personalizzata

La disponibilità di dati clinici, genomici e comportamentali apre la strada a una sanità realmente data-driven, in grado di supportare decisioni cliniche più accurate e personalizzate. L'integrazione tra dati diversi consente di sviluppare modelli predittivi e strategie terapeutiche mirate, passando dalla medicina di precisione alla medicina personalizzata.

Tuttavia, il vero salto di qualità si realizza quando questi dati vengono utilizzati non solo per la ricerca, ma anche per anticipare i bisogni di salute del singolo cittadino, attivando percorsi preventivi e di presa in carico proattiva.

Programmazione sanitaria e dati non clinici

Un aspetto innovativo riguarda l'utilizzo di dati non sanitari (comportamentali, territoriali, demografici) per la programmazione dei servizi. Questi dati consentono di comprendere meglio i bisogni della popolazione e di progettare reti assistenziali più aderenti alla domanda reale.

Attraverso analisi avanzate è possibile individuare dove collocare servizi sanitari, quali specialità attivare e come organizzare l'offerta, migliorando l'efficienza e riducendo gli sprechi.

Telemedicina, territorio e nuovi modelli assistenziali

La digitalizzazione sta trasformando profondamente il rapporto tra ospedale e territorio. La telemedicina, insieme alla multicanalità delle comunicazioni, sta modificando la relazione tra professionisti e cittadini, aumentando il carico informativo e organizzativo.

Parallelamente, si afferma un modello di sanità territoriale basato sulla continuità assistenziale e sulla presa in carico multiprofessionale, in cui il digitale diventa uno strumento fondamentale per garantire integrazione e coordinamento.



Longevità, fragilità e welfare digitale

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle principali sfide future. La crescente solitudine degli anziani e l'aumento delle patologie croniche richiedono nuovi modelli di assistenza.

Le tecnologie digitali permettono di sviluppare sistemi di monitoraggio domiciliare non invasivi, basati su sensori e dispositivi indossabili, in grado di generare alert e attivare reti di supporto. In questo contesto emerge il concetto di welfare di comunità, che integra famiglia, vicinato e professionisti sanitari.

Sostenibilità del sistema e governo della spesa

L'innovazione deve confrontarsi con il tema della sostenibilità economica. L'evoluzione dei farmaci verso terapie sempre più complesse e costose pone sfide significative alla governance della spesa.

Nonostante ciò, emergono segnali di controllo e razionalizzazione, con una crescita della spesa più contenuta rispetto al passato. La sostenibilità passa anche attraverso l'appropriatezza, la riduzione delle duplicazioni e l'adozione di modelli basati sugli outcome.

Formazione, competenze e cittadinanza digitale

La trasformazione digitale richiede un profondo ripensamento delle competenze, sia per i professionisti sanitari sia per i cittadini. La formazione deve includere data literacy, uso critico delle tecnologie e capacità di adattamento continuo.

Un tema cruciale è quello del digital divide: le tecnologie sono spesso utilizzate meno da chi ne avrebbe più bisogno. Diventa quindi necessario investire anche nella formazione dei cittadini, per garantire un accesso equo e consapevole ai servizi digitali.



Temi emersi

- **Centralità del dato sanitario** come asset strategico
- **Necessità di qualità**, standardizzazione e interoperabilità dei dati
- **Ruolo abilitante del digitale** nella trasformazione del sistema sanitario
- **Importanza della governance** multiprofessionale dell'innovazione
- **Sviluppo di ecosistemi federati** e piattaforme collaborative
- **Opportunità e limiti** dell'intelligenza artificiale in sanità
- **Necessità di evidenze scientifiche** solide per le tecnologie digitali
- **Evoluzione verso una sanità data-driven** e personalizzata
- **Integrazione tra dati** clinici, genomici e comportamentali
- **Criticità legate a privacy**, cybersecurity e interpretazione normativa
- **Trasformazione dei modelli assistenziali** (territorio, telemedicina)
- **Impatto dell'invecchiamento** e sviluppo del welfare digitale
- **Crescita della domanda di salute** e carenza di professionisti
- **Sfide di sostenibilità economica** e governance della spesa
- **Gap nelle competenze digitali** di professionisti e cittadini
- **Digital divide** e accesso diseguale alle tecnologie



Action points

- **Istituzione di tavoli permanenti** sull'innovazione digitale e AI a livello nazionale e regionale
- **Definizione di standard nazionali** per le competenze digitali sanitarie
- **Rafforzamento della formazione ECM** su digitale, dati e intelligenza artificiale
- **Inserimento strutturale delle professioni sanitarie** nei processi di HTA
- **Sviluppo di modelli di federated learning** per la condivisione del valore del dato
- **Implementazione di piattaforme interoperabili** e data space sanitari
- **Potenziamento della ricerca clinica** su tecnologie digitali e AI
- **Adozione di modelli "human-in-the-loop"** per l'uso dell'intelligenza artificiale
- **Miglioramento della qualità** e standardizzazione dei dati clinici
- **Sviluppo di sistemi di cybersecurity** avanzati per la protezione dei dati
- **Promozione di studi multicentrici** e collaborazione tra centri di ricerca
- **Integrazione dei dati** per supportare medicina personalizzata e prevenzione
- **Utilizzo di dati territoriali** e comportamentali per la programmazione sanitaria
- **Sviluppo di soluzioni di telemedicina** e assistenza domiciliare digitale
- **Implementazione di sistemi di monitoraggio** per anziani e fragili
- **Promozione del welfare di comunità** e reti di prossimità
- **Riduzione delle duplicazioni** e miglioramento dell'appropriatezza clinica
- **Sviluppo di modelli di rimborso** basati sugli outcome
- **Investimenti nella formazione digitale** dei cittadini
- **Strategie per ridurre il digital divide** e migliorare l'onboarding tecnologico



CONCLUSIONI – Le 10 Proposte di Cernobbio per il SSN 2026

Al termine dei lavori della terza edizione della Cernobbio School promossa da Motore Sanità, il confronto tra istituzioni, comunità scientifica, professionisti sanitari e stakeholder ha condotto alla definizione di un quadro condiviso di priorità strategiche per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale.

Questo quadro si è tradotto in un documento di sintesi articolato in **10 Proposte per il SSN 2026**, che rappresentano le direttrici fondamentali su cui orientare le politiche sanitarie nei prossimi anni:

- 1. Rafforzare la prevenzione primaria e secondaria come investimento strutturale.**
- 2. Sviluppare programmi di screening “risk-based” e la genomica di popolazione.**
- 3. Garantire interoperabilità dei dati e piena valorizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.**
- 4. Promuovere l’integrazione pubblico-privato nei modelli territoriali.**
- 5. Sviluppare competenze digitali e nuove professionalità sanitarie.**
- 6. Rafforzare la governance dell’innovazione oncologica e delle terapie avanzate.**
- 7. Garantire equità di accesso nelle patologie croniche, con focus sul diabete.**
- 8. Valorizzare il ruolo dell’intelligenza artificiale e dei big data nella medicina personalizzata.**
- 9. Promuovere politiche per l’invecchiamento attivo.**
- 10. Valorizzare e rafforzare le professioni sanitarie.**



Dalla sintesi programmatica alla visione di sistema

Le dieci proposte non rappresentano un semplice elenco di priorità, ma delineano un **cambio di paradigma complessivo** nella governance del sistema sanitario. In primo luogo, emerge con forza la necessità di spostare il baricentro del sistema verso la **prevenzione**, intesa non più come ambito residuale ma come infrastruttura portante della sostenibilità del SSN. L'evidenza, più volte richiamata nel corso dei lavori, secondo cui ogni euro investito in prevenzione genera un risparmio multiplo nel medio-lungo periodo, impone una revisione profonda delle logiche allocative delle risorse. In questo contesto, l'evoluzione verso modelli di **screening risk-based** e l'integrazione della **genomica di popolazione** rappresentano strumenti fondamentali per rendere la prevenzione più mirata, efficace e sostenibile, superando approcci generalisti e poco efficienti. Parallelamente, un asse strategico imprescindibile è rappresentato dalla **trasformazione digitale del sistema sanitario**, che trova nel potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e nell'interoperabilità dei dati una condizione abilitante. Su questo fronte, il contributo istituzionale del Sottosegretario Alessio Butti ha evidenziato con chiarezza come la digitalizzazione, in coerenza con gli obiettivi del PNRR, debba essere accompagnata da una visione strategica in grado di integrare infrastrutture, competenze e governance dei dati. L'ecosistema digitale della sanità, infatti, non può limitarsi alla mera introduzione di tecnologie, ma deve evolvere verso un modello **data-driven**, capace di supportare decisioni cliniche, organizzative e politiche, valorizzando il potenziale dei big data e dell'intelligenza artificiale nella medicina personalizzata.

Un ulteriore elemento centrale riguarda il rafforzamento dei **modelli territoriali**, attraverso una maggiore integrazione tra pubblico e privato e una ridefinizione dei percorsi assistenziali. In questo ambito, le risorse del PNRR richiamate dal Ministro Tommaso Foti rappresentano un'opportunità cruciale, ma al contempo pongono una sfida stringente in termini di capacità di implementazione, governance e accountability a livello regionale.

La questione dell'**equità di accesso** emerge come tema trasversale e non più rinviabile, in particolare nella gestione delle patologie croniche come il diabete, dove persistono significative disomogeneità territoriali nell'accesso alle innovazioni tecnologiche e terapeutiche. Garantire uniformità nell'erogazione dei servizi e nell'adozione delle innovazioni rappresenta una condizione imprescindibile per preservare il principio universalistico del SSN.

Allo stesso tempo, il progresso scientifico, in particolare nell'ambito oncologico e delle terapie avanzate, richiede un rafforzamento delle capacità di **governance dell'innovazione**, in grado di coniugare accesso rapido, sostenibilità economica e appropriatezza clinica.



In un Paese caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione, assume inoltre un ruolo strategico la promozione di politiche per l'**invecchiamento attivo**, capaci di integrare dimensione sanitaria, sociale ed economica, riducendo il carico di cronicità e migliorando la qualità della vita.

Infine, trasversale a tutte le direttrici individuate, si pone il tema della **valorizzazione delle professioni sanitarie**, riconosciuto come uno dei principali fattori critici del sistema. La carenza di personale, in particolare infermieristico, e la necessità di nuove competenze impongono interventi strutturali sia sul piano quantitativo sia qualitativo, ripensando modelli organizzativi, percorsi formativi e riconoscimento professionale.

Una roadmap per il decisore pubblico

Le 10 Proposte di Cernobbio configurano dunque una vera e propria **roadmap per il decisore politico**, fondata su alcuni principi chiave:

- centralità della prevenzione
- integrazione tra innovazione tecnologica e organizzativa
- equità come criterio guida delle politiche sanitarie
- rafforzamento della governance multilivello
- valorizzazione del capitale umano

Il messaggio emerso con chiarezza nel corso della Cernobbio School è che il futuro del SSN non dipenderà esclusivamente dall'entità delle risorse disponibili, ma soprattutto dalla capacità di **governare il cambiamento**, superando modelli novecenteschi e adottando strumenti, linguaggi e paradigmi adeguati alla complessità contemporanea.

In questo senso, la Cernobbio School si conferma non solo come luogo di confronto, ma come **laboratorio permanente di indirizzo strategico**, capace di tradurre il dialogo tra istituzioni e stakeholder in proposte operative per accompagnare l'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale verso un modello più innovativo, sostenibile ed equo.



Documento redatto sulla base dei contenuti discussi dai partecipanti:

Adriana Albini, Scientific Advisor della Direzione Scientifica, IEO (Istituto Europeo di Oncologia)

Giorgio Albè, Avvocato e Founding Partner A&A - Albè & Associati Studio Legale

Marco Alì, Research Operation Manager CDI

Marco Alloisio, Consigliere Nazionale LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) e Presidente dell'Associazione Metropolitana di Milano Monza Brianza LILT

Marco Alparone, Vicepresidente e Assessore al Bilancio e Finanza, Regione Lombardia

Valter Alpe, Direttore Generale Azienda Ospedaliero - Universitaria di Alessandria

Maria Concetta Altavista, Direttore UOC Neurologia Asl Roma 1 Presidio Ospedaliero San Filippo Neri Roma, Consigliere SIN

Marco Ambrosini, Presidente Aria

Giuseppe Andreoni, Politecnico di Milano - Dip. di Design, Laboratorio TeDH - Technology and Design for Healthcare, IRCCS "E.Medea" - Associazione La Nostra Famiglia

Alberto Barachini, Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega all'Informazione e all'Editoria

Andrea Belardinelli, Direttore del Settore Sanità Digitale e Innovazione della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale di Regione Toscana

Marisa Bianchi, Direttore Generale Fondazione Ca' d'Industria

Doriana Bertazzo, Segretario Amministrativo FIMMG Regionale Lombardia

Manuela Bertaglia, Presidente FAND

Rossana Boldi, Osservatorio Innovazione di Motore Sanità

Paolo Bonaretti, Presidente Clust-ERHealth

Fabiola Bologna, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Elio Borgonovi, Presidente CeRGAS, Professore Emerito Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche Università Bocconi

Simona Borroni, Presidente Federazione Europea Sindrome di Dravet, Vicepresidente Gruppo Famiglie Dravet APS

Federico Boscari, Delegato SID (Società Italiana di Diabetologia)

Fiorenzo Bongiasca, Presidente della Provincia di Como

Carlo Bramezza, Direttore Generale Ulss 7 Pedemontana



Documento redatto sulla base dei contenuti discussi dai partecipanti:

Alessio Butti, Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio con Delega all'innovazione tecnologica

Paolo Calcinaro, Assessore Sanità Regione Marche

Marco Camisani Calzolari, Professore Adj. UniSR in Cyberhumanities, esperto per il Dipartimento della Trasformazione digitale e dell'ACN

Riccardo Candido, Past President AMD (Associazione Medici Diabetologi)

Maria Cristina Cantù, Senato della Repubblica

Leonardo Capaccioli, Componente del Comitato centrale FNO TSRM e PSTRP (Federazione nazionale degli Ordini delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione)

Claudia Caprani, Medici Insubria

Simona Carbone, Direttore Generale AOU Renato Dulbecco di Catanzaro

Alberico Catapano, President Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Aterosclerosi), Past Presidente EAS

Danilo Cereda, Dirigente Unità Organizzativa Prevenzione Direzione Generale Welfare Regione Lombardia

Marisa Cesana, III Commissione permanente Sanità, Consiglio Regionale della Lombardia

Raffaella Clerici, UOC Neurologia – Ospedale Valduce

Alessandro Corso, Direttore della Struttura Complessa di Ematologia e del Dipartimento di Oncologia dell'Ospedale di Legnano (ASST Ovest Milanese)

Paolo Cortesi, Centro Studi e Ricerche in Sanità Pubblica Università degli Studi di Milano Bicocca Bicocca

Andrea Costa, Esperto in strategie di attuazione del Pnrr-Missione 6 Salute, con particolare riferimento agli interventi a livello territoriale, Ministero della Salute

Filippo De Braud, Responsabile Struttura Oncologia Medica, Fondazione IRCCS INT Milano

Giuseppe De Filippis, Presidente Ordine dei Farmacisti di Como

Massimo De Fino, Direttore Generale IRCCS CROB

Graziano Di Cianni, Coordinatore Commissione Diabetologica Regionale - OTGC, Regione Toscana

Enrico Di Rosa, Presidente SItI (Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica)

Mario Della Torre, Vicesindaco di Cernobbio



Documento redatto sulla base dei contenuti discussi dai partecipanti:

Anna Dotti, Presidente VII Commissione Permanente, Consiglio Regionale della Lombardia

Massimo Fabi, Assessore alla Salute, Regione Emilia Romagna

Fabio Faltoni, Presidente Confindustria Dispositivi Medici

Daniela Faraoni, Assessore della Salute, Regione Siciliana

Francesco Fedele, Professore Emerito di Cardiologia Policlinico Umberto I La Sapienza Roma e
Presidente INRC (Istituto Nazionale Ricerche Cardiovascolari)

Alessandro Fermi, Assessore all'Università, Ricerca, Innovazione Regione Lombardia

Luciano Flor, Direzione Scientifica Motore Sanità

Attilio Fontana, Presidente Regione Lombardia

Tommaso Foti, Ministro per gli Affari Europei, il Pnrr e le politiche di coesione

Tiziana Frittelli, Commissario Straordinario Grande Ospedale Metropolitano Bianchi Melacrinò
Morelli

Giuseppe Fumagalli, Presidente Gruppo Terziario e Industrie Varie Confindustria Como

Sergio Gaddi, Vice Presidente VII Commissione permanente, Consiglio Regionale della
Lombardia

Giulio Gallera, Presidente Commissione speciale - PNRR, monitoraggio sull'utilizzo dei fondi
europei ed efficacia dei bandi regionali, Consiglio Regionale della Lombardia

Massimo Garavaglia, Senato della Repubblica

Marcello Gemmato, Sottosegretario Ministero della Salute

Salvatore Gioia, Direttore Generale ATS Insubria

Giulia Gioda, Presidente Motore Sanità

Gian Antonio Girelli, Membro XII Commissione Affari Camera dei Deputati, Presidente
dell'Intergruppo Parlamentare Prevenzione e Riduzione del Rischio

Enzo Grossi, Direttore Scientifico Villa Santa Maria, Centro Multiservizi di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Fabrizio Grillo, Presidente Federated Innovation @MIND

Elena Guerini Rocco, Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia, Università degli Studi di
Milano, Direttore dell'Unità di Patologia Molecolare, Divisione di Anatomia Patologica, IEO Istituto
Europeo di Oncologia IRCCS, Milano



Documento redatto sulla base dei contenuti discussi dai partecipanti:

Angela Ianaro, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Walter Locatelli, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Francesco Locati, Direttore Generale ASST Papa Giovanni XXIII

Raffaele Lodi, Direttore Scientifico IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche Azienda USL di Bologna

Beatrice Lorenzin, Senato della Repubblica

Davide Lucano, Medico Igienista, Amministratore delegato OPT SpA

Romano La Russa, Assessore alla Sicurezza e Protezione Civile, Regione Lombardia

Alessandro Maiocchi, Innovation Hub Director Bracco e Responsabile integrazione ed armonizzazione dati scientifici per il CDI Centro Diagnostico Italiano

Monica Mazzucato, Coordinamento malattie rare, Regione del Veneto

Gaetana Mariani, Responsabile Tavolo Territoriale Confindustria Como Sanità

Francesco Marchitelli, Direttore Generale ASL Alessandria

Andrea Marcellusi, Economista sanitario Dipartimento Scienze Farmaceutiche UniMi

Barbara Mangiacavalli, Presidente FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche)

Andrea Maria Maresca, Direttore S.C. Geriatria dell'Università degli Studi dell'Insubria

Pierluigi Mascetti, Sindaco di San Fermo della Battaglia

Anna Maria Minicucci, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Paolo Misericordia, Responsabile centro studi FIMMG e Segretario Fimmg Marche

Emanuele Monti, Presidente IX Commissione permanente Sostenibilità sociale, casa e famiglia Regione Lombardia

Maria Teresa Montella, Direttore Generale Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

Maria Luisa Moro, Componente Consiglio Direttivo e Coordinatrice Comitato Scientifico della Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS)

Francesco Moscone, Componente del Consiglio Scientifico del "Ca' Foscari Research Hub for Global Challenges", Coordinatore Research Institute for Social Innovation e Professore Ordinario alla Brunel University, area di Healthcare Management and Wellbeing



Documento redatto sulla base dei contenuti discussi dai partecipanti:

Elena Murelli, Presidente dell'Intergruppo Parlamentare di Genomica & Genetica

Carlo Nicora, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Federico Nardi, Direttore S.C. Cardiologia Ospedale Santo Spirito Casale Monferrato, Presidente ANMCO Nazionale (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)

Carla Nanni, Direttore Generale Italia Hospital SpA

Roberto Orecchia, Direttore Generale Istituto Europeo di Oncologia

Angelo Orsenigo, Vice Presidente II Commissione permanente, Consiglio Regionale della Lombardia

Stefano Palladino, Healthcare Account & Solutions Lead | Sanità Territoriale Nord Ovest e Privata Italia Almaviva

Simona Pantalone, Presidente AISAP (Associazione Italiana Ipotensione liquorale, Ipertensione endocranica, Siringomielia Sindrome Arnold Chiari Project)

Sergio Papa, Senior Scientific Advisor & Institutional Relations CDI

Paolo Parente, Vice Presidente SIMM, Società Italiana di Leadership e Management in medicina

Annarita Patriarca, Presidente intergruppo One brain, Segretario Ufficio Presidenza Camera dei Deputati

Leandro Pecchia, Professore di Ingegneria Biomedica, Università Campus Bio-medico Roma

Gianna Pentenero, Consiglio Regionale del Piemonte

Alberto Piatti, Responsabile Oculistica Territoriale Asl To5

Francesco Pizzagalli, Vicepresidente Vicario Confindustria Como

Maurizio Pocaforza, Gestione Operativa, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena

Simona Pulvirenti, Commissario straordinario dell'ASP di Trapani

Andrea Quartini, Camera dei Deputati

Annarosa Racca, Presidente Federfarma Lombardia e Vicepresidente Consiglio Comunale Milano

Federico Riboldi, Assessore Sanità, Regione Piemonte

Laura Ronchetti, Welfare Innovation Manager - Atena Informatica)

Stefano Rossi, Direttore Generale Azienda Sanitaria Locale di Lecce

Pierluigi Russo, Direttore tecnico-scientifico AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)



Documento redatto sulla base dei contenuti discussi dai partecipanti:

Tommaso Russo, Direttore Generale ASST NORD MILANO

Bruna Stocchiero, Segretario FIMMG Vicenza

Luca Filippo Maria Stucchi, Direttore Generale ASST Lariana

Giovanni Staurengi, Direttore Struttura complessa Ospedale Sacco, Milano

Carlo Signorelli, Ordinario di Igiene Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

Mattia Lorenzo Signori, Componente Regionale Cittadinanzattiva Veneto

Roberto Soj, Presidenza del Consiglio - dipartimento per la trasformazione digitale

Gianluigi Spata, Presidente Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

Massimo Scaccabarozzi, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Eugenio Santoro, Responsabile dell'Unità di Ricerca in sanità digitale e terapie digitali Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS

Claudio Taiana, Presidente International Congress and Exhibition Center "Villa Erba"

Francesco Tajani, Jakala

Enrico Tallarita, Direttore Sociosanitario ATS Insubria

Claudio Talmelli, Presidente Europa Uomo

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica Motore Sanità, Referente Board Direttori Generali

Vincenzo Trovato, Direttore Generale Ospedale di Erba

Mauro Turconi, Segretario Generale Ospedale Valduce -

Raffaella Variglia, Avvocato e Coordinatore della Rete Giustizia per i Diritti Cittadinanzattiva del Piemonte

Roberto Venesia, Segretario FIMMG Regionale Piemonte

Sonia Viale, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Nicola Volpi, Componente Comitato Centrale FNOPI con delega "Aging e Health-Span"

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



Progetto realizzato con il contributo incondizionato di:





Comunicazione e redazione stampa
a cura di **www.mondosanita.it**

Registrati e ottieni le nostre
rassegne stampa in esclusiva

ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA

Anna Maria Malpezzi - 329 9744772

Francesca Romanin - 328 825 7693

segreteria@panaceascs.com



MOTORE
SANITA
Cure the Future

panacea

f X @ y in

www.motoresanita.it