

DOCUMENTO DI SINTESI



www.motoresanita.it



MEDITERRANEA
SCHOOL 2026

**Governare il futuro del SSN
nel Mezzogiorno**

Modelli organizzativi per la tutela della
Salute e la gestione della **Cronicità**

15 -16-17 Aprile 2026

BARI

Mövenpick Hotel Bari

Via Francesco Lombardi, 13



Con il patrocinio di



REGIONE PUGLIA



CITTÀ DI BARI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

«Non vi può essere innovazione se il sistema non è pronto a riceverla».
(A. Liberati)

Il Servizio Sanitario Nazionale, nato sui principi sanciti dall'articolo 32 della Costituzione e fondato sulle finalità universalistiche definite dalla Legge 833/1978, deve continuare a garantire equità, parità di accesso alle cure e riduzione delle disuguaglianze sanitarie. Un principio che assume oggi particolare rilevanza nella gestione delle patologie croniche, destinate a rappresentare la principale sfida sanitaria, sociale ed economica dei prossimi decenni.

Le malattie croniche costituiscono infatti uno dei più rilevanti problemi di salute pubblica a livello globale, nazionale e locale, non soltanto per il loro impatto sulla mortalità, ma anche per le conseguenze in termini di disabilità, perdita di autonomia, peggioramento della qualità della vita e pressione crescente sui sistemi sanitari. In Europa la spesa per la gestione delle cronicità supera i 700 miliardi di euro annui; in Italia i pazienti cronici sono circa 24 milioni e assorbono una quota sempre più rilevante delle risorse destinate alla sanità.

Nel Mezzogiorno, alle criticità comuni all'intero Paese si aggiungono fragilità economiche, organizzative e sociali che rendono ancora più complessa la costruzione di percorsi di cura integrati, omogenei e sostenibili. Persistono infatti significative disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi, nella disponibilità delle tecnologie innovative, nei modelli organizzativi e nella capacità di integrazione tra ospedale e territorio.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento della multimorbidità e la crescente domanda di assistenza richiedono pertanto un cambio di paradigma: dalla medicina dell'episodio alla medicina della continuità assistenziale, dalla gestione frammentata alla presa in carico multidisciplinare e proattiva del paziente. In questo contesto assumono un ruolo strategico:

- la riorganizzazione della rete territoriale prevista dal DM77;
- lo sviluppo di PDTA realmente applicabili;
- la sanità digitale e l'interoperabilità dei dati;
- la collaborazione interprofessionale;
- la capacità dei sistemi regionali di accogliere e governare l'innovazione.



La **Mediterranea School 2026**, promossa da Motore Sanità e ospitata a Bari dal 15 al 17 aprile, nasce con l'obiettivo di favorire il confronto tra istituzioni, clinici, professionisti sanitari, associazioni dei pazienti, accademia e stakeholder della filiera salute, per condividere bisogni, criticità, modelli organizzativi ed esperienze innovative maturate nelle regioni del Sud Italia. Alla luce delle trasformazioni introdotte dal PNRR e dal DM77, ma anche delle difficoltà attuative ancora presenti, l'evento ha rappresentato un laboratorio di confronto strategico dedicato alla costruzione di un Servizio Sanitario più equo, sostenibile, innovativo e vicino ai bisogni dei cittadini.

TEMI EMERSI

Il Mezzogiorno come laboratorio di innovazione sanitaria

Uno dei principali elementi emersi nel corso della Mediterranea School riguarda la necessità di superare una narrazione del Mezzogiorno esclusivamente legata alle fragilità del sistema sanitario, valorizzando invece le esperienze innovative sviluppate nei territori del Sud. Nel dibattito è emersa con forza la consapevolezza che il Mezzogiorno possa rappresentare un laboratorio strategico per sperimentare nuovi modelli organizzativi, percorsi di integrazione ospedale-territorio e soluzioni tecnologiche avanzate, in grado di rispondere alle trasformazioni epidemiologiche e demografiche in atto. Le esperienze presentate nel corso delle tre giornate hanno evidenziato come innovazione clinica, organizzativa e digitale debbano procedere parallelamente, all'interno di una governance capace di garantire sostenibilità, appropriatezza ed equità di accesso.

La gestione della cronicità come asse strategico del SSN

La gestione delle patologie croniche si conferma la principale sfida organizzativa per il Servizio Sanitario Nazionale. È emersa la necessità di rafforzare modelli di presa in carico continuativa e multidisciplinare, superando approcci frammentati e disomogenei che spesso determinano ritardi diagnostici, inappropriatezza prescrittiva e disuguaglianze territoriali.

- Particolare attenzione è stata posta:
- alla continuità assistenziale;
- alla centralità dei PDTA;
- all'integrazione tra medicina ospedaliera e territoriale;



- alla presa in carico dei pazienti fragili e complessi;
- al ruolo delle professioni sanitarie nella gestione delle cronicità.

Nel confronto tra le diverse esperienze regionali è emersa inoltre la necessità di rendere concretamente operative le strutture territoriali previste dal DM77, valorizzando prossimità, multidisciplinarietà e integrazione sociosanitaria.

Equità di accesso e superamento delle disuguaglianze territoriali

Uno dei temi più ricorrenti nel corso della School è stato quello delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai percorsi di cura e all'innovazione. Le differenze regionali continuano infatti a incidere significativamente:

- sui tempi di accesso alle terapie innovative;
- sull'organizzazione dei servizi;
- sulla disponibilità delle tecnologie;
- sulla qualità della presa in carico;
- sulla continuità assistenziale.

Nel dibattito è stata sottolineata la necessità di sviluppare modelli condivisi di governance sanitaria, capaci di garantire standard omogenei e maggiore uniformità nell'implementazione delle innovazioni terapeutiche e organizzative. È emersa inoltre l'importanza di rafforzare i processi di Health Technology Assessment (HTA), la programmazione sanitaria e gli strumenti di monitoraggio dei percorsi assistenziali.

Innovazione tecnologica, digitalizzazione e organizzazione in rete

La trasformazione digitale è stata indicata come una delle leve fondamentali per il futuro della sanità. Nel corso dei lavori è emerso come l'innovazione tecnologica non possa essere considerata esclusivamente un avanzamento tecnico, ma debba tradursi in innovazione organizzativa, semplificazione dei percorsi e miglioramento concreto della presa in carico dei pazienti.

- Particolare attenzione è stata dedicata:
- allo sviluppo di piattaforme digitali integrate;
- all'interoperabilità dei dati sanitari;
- all'utilizzo di strumenti predittivi e di monitoraggio;



- alla medicina personalizzata;
- ai modelli organizzativi in rete.

L'innovazione è stata inoltre descritta come elemento imprescindibile per garantire sostenibilità ai sistemi sanitari regionali, soprattutto nella gestione delle patologie croniche e ad alta complessità assistenziale.

Prevenzione, prossimità e sostenibilità del sistema sanitario

Nel corso della Mediterranea School è stata ribadita la centralità della prevenzione come investimento strategico per la sostenibilità futura del SSN. È emersa la necessità di rafforzare:

- la prevenzione vaccinale;
- i programmi di screening;
- la medicina di iniziativa;
- la prevenzione personalizzata basata sul rischio;
- i modelli territoriali di prossimità.

Particolare attenzione è stata posta alle popolazioni fragili e vulnerabili, rispetto alle quali diventa fondamentale sviluppare modelli organizzativi capaci di intercettare precocemente i bisogni di salute e favorire l'adesione ai programmi preventivi. Nel confronto è stato inoltre evidenziato come la prevenzione debba essere integrata stabilmente all'interno dei percorsi di presa in carico della cronicità.

Riabilitazione, cure intermedie e nuovi bisogni assistenziali

I lavori hanno evidenziato l'urgenza di rafforzare la rete delle cure intermedie e della riabilitazione, considerate componenti essenziali della gestione della cronicità e della fragilità. Tra i temi affrontati:

- la riabilitazione territoriale;
- le cure palliative;
- la gestione extraospedaliera del paziente cronico;
- i percorsi per le disabilità complesse;
- la risposta ai bisogni generati dall'invecchiamento della popolazione.

È emersa la necessità di costruire modelli assistenziali più integrati, capaci di garantire continuità delle cure e ridurre il ricorso improprio all'ospedalizzazione.



ACTION POINTS

Dai lavori della Mediterranea School 2026 sono emerse dieci priorità strategiche per rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale nel Mezzogiorno e ridurre le disuguaglianze territoriali:

Riconoscimento e presa in carico delle cronicità “invisibili”

Inserire patologie ad alto impatto come l'emicrania nei percorsi strutturati di cronicità, con PDTA dedicati e omogenei a livello nazionale.

Uniformare l'accesso all'innovazione terapeutica

Ridurre le differenze regionali attraverso modelli condivisi di governance, fondi dedicati e strumenti di Health Technology Assessment (HTA).

Rafforzare l'integrazione ospedale-territorio

Accelerare l'attuazione dei modelli previsti dal PNRR, potenziando il ruolo delle strutture territoriali e migliorando il coordinamento con l'ospedale.

Sviluppare reti cliniche integrate per le patologie complesse e rare

Promuovere network regionali e interregionali per garantire presa in carico multidisciplinare e continuità assistenziale.

Investire nella digitalizzazione e dell'interoperabilità dei dati sanitari

Favorire l'adozione di piattaforme digitali per migliorare il monitoraggio dei pazienti, la condivisione delle informazioni e la programmazione sanitaria.

Promuovere modelli organizzativi innovativi in oncologia e nelle alte tecnologie

Sostenere la diffusione di tecnologie avanzate, come la protonterapia, garantendo sostenibilità e accesso equo.

Rafforzare la prevenzione, con particolare attenzione alle strategie vaccinali

Incrementare le coperture vaccinali nelle popolazioni fragili e sviluppare modelli di prossimità come le campagne territoriali.

Integrare prevenzione generalista e prevenzione basata sul rischio

Adottare approcci proattivi e personalizzati per ridurre l'incidenza e l'impatto delle patologie croniche.

Potenziare la riabilitazione e le cure intermedie

Sviluppare una rete strutturata di riabilitazione e assistenza extraospedaliera, inclusi percorsi per disabilità complesse e cure palliative.

Migliorare governance, formazione e coinvolgimento degli stakeholder

Favorire il dialogo tra istituzioni, professionisti sanitari e cittadini, promuovendo accountability, competenze e modelli decisionali condivisi.



FOCUS ON

EMICRANIA: UNA CRONICITÀ DIMENTICATA

La cronicità come banco di prova del Servizio Sanitario Nazionale

Il confronto si inserisce in una riflessione più ampia sul futuro della sanità nel Mezzogiorno e, più in generale, sulla capacità del Servizio Sanitario Nazionale di rispondere alla crescita delle cronicità. L'invecchiamento della popolazione, la riduzione della natalità, l'aumento della multimorbilità e la trasformazione dei bisogni di salute impongono un cambio di paradigma: non è più sufficiente una medicina centrata sull'episodio acuto, ma serve una presa in carico continuativa, integrata e personalizzata.

La cronicità viene descritta come il vero banco di prova della sostenibilità del sistema. Non si tratta soltanto di contenere la spesa, ma di garantire risposte efficaci ai pazienti di oggi e alle generazioni future. In questo quadro, sostenibilità significa capacità di investire in salute, prevenzione, diagnosi precoce, innovazione terapeutica, organizzazione territoriale e misurazione degli esiti.

Il Mezzogiorno tra disuguaglianze, mobilità sanitaria e bisogno di nuovi modelli

Il tema dell'equità territoriale attraversa tutto il dibattito. Nel Mezzogiorno la gestione della cronicità è resa più complessa da fragilità economiche, organizzative e strutturali, oltre che da una storica disomogeneità nell'accesso ai servizi. La mobilità sanitaria viene indicata come uno degli indicatori più evidenti di un sistema che fatica a garantire risposte adeguate nei territori di origine, soprattutto quando gli spostamenti riguardano prestazioni non necessariamente di alta specializzazione.

Questa dinamica produce un impoverimento progressivo dei sistemi sanitari regionali del Sud, con ricadute sui bilanci e sulla capacità di assicurare i livelli essenziali di assistenza. Il rapporto tra pubblico e privato viene quindi posto come tema centrale: il privato può concorrere alla risposta sanitaria, ma quando utilizza risorse pubbliche deve contribuire agli obiettivi complessivi del sistema, senza alimentare ulteriori squilibri.



Dalla sanità dell'episodio alla presa in carico continua

Una delle questioni centrali emerse riguarda la necessità di superare la frammentazione tra ospedale, territorio, medicina generale, specialistica e servizi sociali. Le patologie croniche richiedono percorsi chiari, continuità assistenziale, collaborazione interprofessionale e strumenti digitali capaci di accompagnare il paziente lungo tutto il percorso.

La sanità del futuro viene descritta come proattiva, integrata e centrata sulla persona. Prevenzione, diagnosi precoce, profilazione del rischio, monitoraggio da remoto, telemedicina, fascicolo sanitario elettronico, PDTA digitalizzati e misurazione degli esiti devono diventare parti di un unico ecosistema. L'obiettivo non è solo curare meglio, ma anticipare il rischio, evitare la progressione della malattia, ridurre accessi impropri e migliorare qualità di vita.

Prossimità, case di comunità e digitale: contenitori da riempire di funzioni

Il dibattito ha messo in evidenza anche le criticità delle case di comunità. È stato sottolineato che le strutture fisiche, da sole, non bastano: senza personale, contenuti, strumenti operativi e una reale integrazione con la medicina generale e la specialistica, rischiano di restare contenitori vuoti.

La prossimità non viene intesa solo come vicinanza geografica, ma come capacità del sistema di intercettare precocemente i bisogni, orientare i cittadini, garantire screening, educazione sanitaria, supporto ai cronici, teleconsulti e continuità terapeutica. In questa visione, anche farmacie dei servizi, health point, walk-in clinic e strumenti digitali possono diventare nodi di una rete più accessibile, soprattutto per le persone fragili.



La città come luogo di salute

Un altro tema rilevante riguarda il ruolo degli enti locali. La salute non si costruisce soltanto negli ospedali, ma anche nei contesti urbani, nei quartieri, nei servizi sociali, nella qualità degli spazi pubblici, nell'accessibilità e nella capacità delle città di essere inclusive.

Le patologie croniche accompagnano le persone nella vita quotidiana e coinvolgono non solo la dimensione sanitaria, ma anche quella sociale, familiare, lavorativa e urbana. Per questo la promozione della salute passa anche da città più accessibili, dalla cosiddetta "città dei quindici minuti", dal rafforzamento del welfare locale, dal sostegno alle famiglie e dall'attenzione alle persone vulnerabili, comprese quelle senza dimora.

L'emicrania come cronicità ad alto impatto e ancora sottovalutata

All'interno di questo quadro, l'emicrania viene presentata come una cronicità ancora troppo spesso dimenticata, nonostante il suo enorme impatto clinico, sociale ed economico. Non si tratta di un semplice mal di testa, ma di una patologia neurologica complessa, disabilitante, caratterizzata da dolore intenso, sintomi associati come nausea, vomito, intolleranza alla luce e ai rumori, difficoltà cognitive e forte compromissione della qualità di vita.

L'emicrania cronica, in particolare, comporta almeno quindici giorni di cefalea al mese e può trasformarsi in una condizione estremamente invalidante. Il passaggio dalla forma episodica alla forma cronica rappresenta uno dei nodi clinici principali da prevenire. La diagnosi precoce, il trattamento appropriato e l'accesso tempestivo alle terapie diventano quindi essenziali per evitare che il paziente entri in un percorso di disabilità progressiva.



Il riconoscimento normativo e i limiti ancora aperti

La legge che ha riconosciuto la cefalea cronica primaria come malattia sociale ha rappresentato un passaggio politico e sanitario importante, perché ha dato dignità istituzionale a una patologia a lungo sottovalutata. Tuttavia, questo riconoscimento non si è tradotto automaticamente in benefici concreti e uniformi per i pazienti.

Il nodo principale resta il mancato inserimento nei LEA e l'assenza di un codice di invalidità nazionale uniforme. Alcune regioni hanno adottato criteri e percentuali di invalidità differenti, ma il quadro resta disomogeneo. I progetti regionali avviati sulla cefalea primaria cronica hanno favorito formazione, divulgazione, implementazione di percorsi e riduzione delle liste d'attesa, ma con risultati a macchia di leopardo, ritardi attuativi e coinvolgimento non sempre adeguato degli specialisti e delle società scientifiche.

Innovazione terapeutica: una rivoluzione non ancora pienamente accessibile

Uno dei passaggi più rilevanti riguarda l'evoluzione delle terapie. Per anni l'emicrania è stata trattata con farmaci nati per altre indicazioni, come antidepressivi, antipertensivi o antiepilettici, spesso gravati da effetti collaterali importanti e da scarsa aderenza nel tempo.

Dal 2019 sono disponibili terapie specifiche, come anticorpi monoclonali anti-CGRP e gepanti, sviluppate sulla base della fisiopatologia dell'emicrania. Questi farmaci hanno mostrato elevata efficacia, migliore tollerabilità e maggiore sicurezza rispetto alle terapie tradizionali. Inoltre, alcune molecole possono agire sia nella prevenzione sia nel trattamento dell'attacco, aprendo la strada a una gestione più flessibile e personalizzata.

La vera sfida, però, è l'accesso. I criteri prescrittivi attuali impongono spesso al paziente di attraversare diversi fallimenti terapeutici con farmaci di vecchia generazione prima di poter accedere alle terapie innovative. Questo percorso comporta sofferenza, cronicizzazione, perdita di produttività, accessi impropri al pronto soccorso, esami diagnostici ripetuti e costi indiretti elevati.



Dal costo del farmaco al valore dell'investimento

La sostenibilità viene riletta in chiave di valore. Il punto non è chiedersi solo quanto costi una terapia innovativa, ma quale valore generi rispetto alle alternative disponibili. Una terapia più efficace può comportare un incremento iniziale della spesa farmaceutica, ma ridurre nel medio-lungo periodo accessi sanitari, complicanze, giornate di lavoro perse, ricorso improprio alla diagnostica e spese sostenute direttamente dai pazienti.

In questa prospettiva, l'Health Technology Assessment diventa uno strumento utile per valutare non solo sicurezza ed efficacia, ma anche impatto economico, organizzativo, sociale, etico e legale. L'emicrania, che colpisce spesso persone in età lavorativa e in larga prevalenza donne, presenta un peso particolarmente rilevante in termini di costi indiretti, presenteismo, perdita di produttività e spese out-of-pocket.

Il progetto economico presentato punta proprio a stimare il burden dell'emicrania in Italia secondo una prospettiva sociale ampia, includendo costi diretti, costi indiretti e costi a carico dei pazienti, e a confrontare lo scenario attuale con uno scenario futuro in cui l'innovazione venga anticipata.

Medicina generale, specialistica e reti regionali

Il ruolo della medicina generale è stato discusso come cruciale ma anche complesso. Il medico di medicina generale è il primo interlocutore del paziente e dovrebbe agire come punto di orientamento e presa in carico iniziale. Tuttavia, la medicina generale oggi si trova a gestire una quantità enorme di bisogni, patologie croniche, adempimenti burocratici e carenze organizzative.

È emersa la necessità di fornire ai medici di famiglia strumenti semplici, formazione mirata, supporto decisionale, accesso rapido al secondo livello e canali di comunicazione con neurologi territoriali e centri cefalee. Senza questi strumenti, è difficile chiedere alla medicina generale di diventare realmente il primo filtro qualificato.

Parallelamente, è stata sottolineata l'urgenza di costruire reti regionali per l'emicrania, soprattutto nel Sud, dove l'offerta è più fragile. Servono criteri chiari per classificare i centri, definire i livelli assistenziali, distinguere ciò che può essere gestito sul territorio da ciò che deve essere inviato ai centri specialistici, ridurre le liste d'attesa e garantire appropriatezza.



Liste d'attesa, inappropriata e necessità di filtri

Le liste d'attesa dei centri cefalee rappresentano uno dei problemi più gravi. In molti casi i tempi possono arrivare a uno o due anni, con ricadute pesanti sulla qualità della vita dei pazienti. Una parte del problema deriva dall'assenza di filtri territoriali efficaci: ai centri di secondo e terzo livello arriva "di tutto", anche casi che potrebbero essere gestiti in prima istanza dalla medicina generale o dalla neurologia territoriale.

Serve quindi un sistema capace di distinguere le forme episodiche, le forme croniche, le cefalee secondarie e i casi complessi. Le buone pratiche in fase di definizione dovrebbero aiutare a individuare quando la visita neurologica è appropriata e quando, invece, la gestione iniziale può restare in medicina generale, soprattutto per le forme non croniche.

Formazione, educazione e cultura dell'emicrania

Un tema ricorrente è la conoscenza. L'emicrania resta poco compresa dai pazienti, dai cittadini, da molti professionisti sanitari e talvolta anche nei percorsi formativi universitari. Questo genera ritardi diagnostici, abuso di farmaci sintomatici, ricorso improprio a visite ed esami, mancata prevenzione della cronicizzazione e frustrazione nei pazienti.

È stata proposta una campagna educativa ampia, che parta anche dalle scuole e coinvolga cittadini, pazienti, medici di medicina generale, farmacisti e operatori sanitari. La formazione tradizionale, tuttavia, non basta: corsi e FAD spesso non vengono completati per mancanza di tempo. Occorrono strumenti formativi più agili, pratici, integrati nei flussi di lavoro e capaci di fornire indicazioni rapide su diagnosi, segnali d'allarme, terapia dell'attacco e prevenzione.



La voce dei pazienti e il ruolo delle associazioni

La prospettiva dei pazienti ha richiamato con forza l'importanza dell'ascolto, della conoscenza e della partecipazione. I pazienti incontrano spesso come prime figure il medico di famiglia e il farmacista, ma non sempre trovano competenze aggiornate o capacità di orientamento adeguate.

È stato sottolineato che le associazioni sono disponibili a partecipare ai tavoli regionali, contribuire alla costruzione dei PDTA, fornire informazioni corrette e supportare i pazienti. Tuttavia, in molte regioni, soprattutto del Sud, questo coinvolgimento non è ancora avvenuto in modo sistematico. Il rischio è che fondi, progetti e opportunità già disponibili non vengano pienamente utilizzati.

Una cronicità che chiede equità, appropriatezza e coraggio regolatorio

Nel complesso, l'emicrania emerge come una patologia ad altissimo impatto, ancora non pienamente riconosciuta nei fatti. Le conoscenze scientifiche e le terapie sono avanzate, ma il sistema organizzativo e regolatorio non è ancora allineato. Il problema non è solo clinico, ma riguarda equità di accesso, sostenibilità, modelli prescrittivi, reti territoriali, formazione e governance.

Il messaggio conclusivo è che l'emicrania deve uscire dalla marginalità. Occorre passare da un modello fondato sul fallimento terapeutico obbligato a un modello basato su appropriatezza, valore, tempestività e personalizzazione. Solo così sarà possibile ridurre la disabilità, prevenire la cronicizzazione, alleggerire i centri specialistici, valorizzare la medicina territoriale e restituire ai pazienti una reale qualità di vita.



Temi emersi

Cronicità e sostenibilità

- Aumento dei bisogni legati all'invecchiamento.
- Necessità di passare a una presa in carico continua e integrata.

Disuguaglianze territoriali

- Forti differenze Nord-Sud e mobilità sanitaria.
- Impatto sui bilanci e sull'equità di accesso.

Emicrania sottovalutata

- Patologia altamente disabilitante e diffusa.
- Forte impatto su qualità di vita e produttività.

Gap tra innovazione e accesso

- Terapie efficaci disponibili ma difficilmente accessibili.
- Percorsi prescrittivi troppo restrittivi.

Problemi organizzativi

- Liste d'attesa lunghe e mancanza di filtri territoriali.
- Reti assistenziali incomplete o disomogenee.

Ruolo critico della medicina generale

- Primo punto di accesso, ma senza strumenti adeguati.
- Necessità di maggiore supporto e formazione.

Carenza di conoscenza e formazione

- Scarsa consapevolezza tra pazienti e operatori.
- Informazione spesso inadeguata o non strutturata.

Voce dei pazienti

- Richiesta di maggiore coinvolgimento nei processi decisionali.
- Forte insoddisfazione per tempi e accesso alle cure.



Action points

Inserire la cefalea nei LEA

- Garantire riconoscimento e diritti uniformi.

Definire PDTA nazionali e reti regionali

- Ruoli chiari tra territorio, specialisti e centri.
- Rafforzare soprattutto il Sud.

Anticipare l'accesso all'innovazione

- Superare i vincoli basati sui fallimenti terapeutici.
- Valutare il valore complessivo delle terapie.

Ampliare la prescrivibilità

- Coinvolgere neurologi territoriali nei piani terapeutici.

Rafforzare territorio e medicina generale

- Più strumenti, meno burocrazia, migliore integrazione.

Ridurre liste d'attesa

- Migliorare triage e appropriatezza degli accessi.

Investire in formazione e informazione

- Educazione di pazienti e operatori.
- Campagne diffuse e strumenti pratici.

Valutare i costi complessivi

- Considerare anche costi indiretti e out-of-pocket.

Coinvolgere le associazioni pazienti

- Partecipazione ai tavoli decisionali e ai PDTA.

Sviluppare strumenti digitali

- Telemedicina, raccolta dati standardizzata, supporto decisionale.



FOCUS ON

MACULOPATIA, CRONACA DI UNA CECITÀ ANNUNCIATA

La maculopatia come sfida clinica, sociale ed economica

La degenerazione maculare rappresenta una delle principali cause di perdita visiva nel mondo occidentale, con un impatto estremamente rilevante sulla qualità di vita dei pazienti, soprattutto anziani. Colpisce la macula, area centrale della retina responsabile della visione fine, compromettendo attività quotidiane essenziali come leggere, riconoscere volti o muoversi autonomamente. L'impatto non è solo clinico ma anche sociale ed economico: i costi complessivi, in larga parte indiretti, includono perdita di autonomia, necessità di assistenza, riduzione della produttività e carico sui caregiver. La disabilità visiva grave si colloca, in termini di qualità della vita, a livelli comparabili con patologie croniche molto rilevanti, evidenziando la necessità di considerarla una priorità di sanità pubblica.

Innovazione terapeutica e paradosso dell'accesso

Negli ultimi decenni, l'introduzione dei farmaci anti-VEGF ha trasformato la storia naturale delle patologie retiniche, riducendo in modo significativo il rischio di cecità. Tuttavia, in Italia persiste un gap tra efficacia teorica e pratica clinica: i pazienti ricevono meno trattamenti rispetto a quanto raccomandato, con conseguenti risultati subottimali e ridotta aderenza. Questo paradosso riflette limiti organizzativi e vincoli di sostenibilità che ostacolano l'applicazione ottimale dei regimi terapeutici. In tale contesto, l'innovazione rappresenta una leva chiave: terapie con maggiore durata d'azione possono migliorare appropriatezza ed efficacia, riducendo il burden assistenziale. Un equilibrio tra farmaci consolidati e nuove opzioni terapeutiche consente di ottimizzare le risorse, trasformando il costo in investimento e contribuendo alla sostenibilità del sistema nel medio-lungo periodo.

Variabilità territoriale e disuguaglianze di trattamento

Uno degli elementi più critici emersi è la marcata eterogeneità tra regioni e persino all'interno delle stesse realtà regionali. Differenze nei modelli organizzativi, nei percorsi diagnostico-terapeutici e nelle scelte prescrittive determinano una disuguaglianza sostanziale nell'accesso alle cure e nei risultati clinici. Questa variabilità si traduce in pazienti trattati in modo appropriato accanto ad altri sottotrattati o trattati tardivamente, con un impatto diretto sull'evoluzione verso la disabilità visiva. L'assenza di standard nazionali condivisi e applicati in modo uniforme rappresenta un limite strutturale del sistema.



Il ruolo della governance e dei vincoli regolatori

L'attuale assetto di governance, anche attraverso strumenti regolatori come la Nota 98, è talvolta percepito come un fattore limitante dell'appropriatezza clinica. In particolare, le restrizioni alla libertà prescrittiva e il ricorso a modelli organizzativi non pienamente aggiornati rispetto all'evoluzione scientifica possono ridurre la flessibilità nella gestione del paziente. Con riferimento al setting assistenziale, pur non essendo previsto un obbligo normativo di utilizzo della sala operatoria, l'interpretazione prevalente che assimila le iniezioni intravitreali a un contesto di tipo chirurgico rappresenta di fatto un vincolo organizzativo. Tale impostazione, non sempre allineata alle evidenze che ne supportano la sicurezza anche in setting ambulatoriali adeguatamente attrezzati, contribuisce a congestionare le risorse, limitare la capacità erogativa e ridurre il numero di trattamenti eseguibili. Queste criticità si riflettono direttamente sull'allungamento delle liste d'attesa e sulla difficoltà di garantire la continuità terapeutica, con il rischio di compromettere l'efficacia dei percorsi di cura e amplificare il divario tra risultati attesi e reali.

Organizzazione dei servizi e sostenibilità

Il tema della sostenibilità emerge come centrale nel dibattito. Tuttavia, viene sottolineata la necessità di superare una visione limitata al costo del farmaco, adottando un approccio complessivo che consideri l'intera filiera dei costi: organizzativi, assistenziali e sociali. Un modello inefficiente, basato su trattamenti incompleti o tardivi, genera spreco di risorse e peggiori esiti clinici. Al contrario, un uso appropriato delle terapie innovative, pur con un costo unitario maggiore, può ridurre il numero di accessi, liberare risorse (come le sale operatorie) e diminuire i costi indiretti, risultando complessivamente più sostenibile.

Centralità della diagnosi precoce e dei percorsi assistenziali

Un ulteriore elemento critico riguarda il ritardo diagnostico e l'avvio tardivo del trattamento. Le lunghe liste d'attesa per esami diagnostici e la mancanza di integrazione tra territorio e ospedale contribuiscono a ritardare la presa in carico. La gestione della maculopatia richiede un approccio tipico delle patologie croniche, con percorsi strutturati, continuità assistenziale e integrazione tra diversi livelli di cura. In questo contesto, il territorio, la medicina generale e le nuove tecnologie (inclusa l'intelligenza artificiale) possono svolgere un ruolo determinante nell'identificazione precoce e nel monitoraggio dei pazienti.



Nuovi modelli organizzativi e prospettive future

Il dibattito converge sulla necessità di ripensare i modelli organizzativi in funzione dell'innovazione disponibile. La deospedalizzazione di alcune prestazioni, il rafforzamento dell'assistenza territoriale, la creazione di centri di riferimento e l'adozione di percorsi standardizzati rappresentano leve fondamentali. Allo stesso tempo, emerge l'esigenza di una governance nazionale più forte, capace di definire standard minimi, garantire equità di accesso e monitorare i risultati. La sfida futura è coniugare innovazione, appropriatezza e sostenibilità, trasformando una patologia ad alto impatto in un ambito gestito in modo efficace e uniforme.



Temi emersi

- **Elevato impatto clinico, sociale ed economico** della degenerazione maculare
- **Crescente incidenza** legata all'invecchiamento della popolazione e al diabete
- **Efficacia delle terapie innovative** non pienamente tradotta nella pratica clinica
- **Sotto-trattamento diffuso** (numero insufficiente di iniezioni rispetto agli standard)
- **Forte variabilità territoriale** nei modelli organizzativi e nei percorsi di cura
- **Disuguaglianze nell'accesso e negli esiti** tra regioni e tra strutture
- **Vincoli regolatori** (Nota 98) percepiti come limitanti per appropriatezza e innovazione
- **Uso improprio della sala operatoria** per prestazioni eseguibili in setting ambulatoriale
- **Problemi di sostenibilità** legati a una visione focalizzata sul costo del farmaco
- **Ritardi diagnostici** e difficoltà di accesso alle prestazioni specialistiche
- Necessità di affrontare la **maculopatia come patologia cronica**
- **Carenza di programmazione sanitaria** e di modelli condivisi a livello nazionale



Action points

- 1. Innovazione come leva di outcome e sostenibilità** - Promuovere un utilizzo appropriato dei farmaci innovativi ad alta efficacia, valorizzandone il contributo in termini di miglioramento degli esiti clinici e della qualità di vita dei pazienti. Integrare l'innovazione nei percorsi assistenziali per ridurre il burden organizzativo, favorire l'aderenza terapeutica e garantire maggiore continuità delle cure. Superare una visione centrata sul costo unitario, adottando una prospettiva di valore complessivo che consideri i benefici clinici, organizzativi e di sistema nel medio-lungo periodo.
- 2. Adeguamento regolatorio e organizzativo alle evidenze** - Aggiornare strumenti regolatori come la Nota 98 per garantire maggiore libertà prescrittiva e allineamento con le evidenze scientifiche più recenti. Superare interpretazioni restrittive dei modelli organizzativi, favorendo l'erogazione delle prestazioni in setting ambulatoriali sicuri e appropriati. Promuovere la standardizzazione nazionale dei PDTA, riducendo disomogeneità e garantendo maggiore coerenza nei percorsi di cura.
- 3. Miglioramento dell'accesso e della capacità del sistema** - Ridurre le liste d'attesa attraverso il potenziamento della capacità erogativa e una migliore organizzazione delle risorse disponibili. Contrastare la variabilità territoriale mediante indirizzi di governance più uniformi e coordinati a livello nazionale. Rafforzare la diagnosi precoce e garantire tempestività e continuità dei trattamenti, evitando interruzioni che compromettono l'efficacia clinica.
- 4. Integrazione, monitoraggio e governance clinica** - Favorire una piena integrazione tra ospedale e territorio nella gestione della cronicità, migliorando la presa in carico del paziente. Coinvolgere attivamente i clinici nei processi decisionali e organizzativi, valorizzandone il ruolo nella definizione dei percorsi di cura. Investire in tecnologie digitali e intelligenza artificiale e monitorare sistematicamente gli indicatori di esito e di accesso, per guidare il miglioramento continuo e diffondere le best practice.



FOCUS ON

APPLICAZIONI TERAPEUTICHE AVANZATE NEL TRATTAMENTO DEI TUMORI SOLIDI

L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELL'ADROTERAPIA CON PROTONI

Dalla ricerca fondamentale alla pratica clinica

Il confronto ha evidenziato con chiarezza come le applicazioni più avanzate in ambito oncologico nascano dall'incontro tra fisica delle particelle e medicina. Le tecnologie sviluppate per studiare la struttura della materia e dell'universo hanno trovato una naturale evoluzione nel campo sanitario, dando origine a strumenti in grado di intervenire con estrema precisione sui tumori solidi.

Questa traiettoria dimostra come la ricerca di base, spesso percepita come distante dalla pratica clinica, sia in realtà un motore determinante dell'innovazione terapeutica. L'integrazione tra sviluppo tecnologico, formazione e collaborazione internazionale ha reso possibile il passaggio da strumenti di indagine scientifica a soluzioni concrete per la cura dei pazienti.

I principi dell'adroterapia e il vantaggio delle particelle

Un elemento centrale emerso è la differenza sostanziale tra radioterapia tradizionale e adroterapia. I raggi X rilasciano energia lungo tutto il loro percorso, coinvolgendo inevitabilmente anche i tessuti sani. Al contrario, i protoni e gli ioni carbonio depositano la maggior parte dell'energia in un punto preciso, corrispondente al bersaglio tumorale, consentendo un'irradiazione altamente selettiva.

Questa caratteristica fisica permette di ottenere trattamenti più mirati e meno invasivi. Gli ioni carbonio, inoltre, presentano una maggiore efficacia biologica, poiché inducono danni più complessi e difficilmente riparabili al DNA delle cellule tumorali, rendendoli particolarmente indicati nei tumori radioresistenti.



Implicazioni cliniche: precisione e riduzione della tossicità

Dal punto di vista clinico, l'utilizzo delle particelle si traduce in un miglior equilibrio tra efficacia terapeutica e sicurezza. La possibilità di concentrare la dose sul tumore riduce significativamente l'esposizione dei tessuti sani, con conseguente diminuzione degli effetti collaterali.

Questo aspetto è particolarmente rilevante nei casi in cui il tumore si trovi in prossimità di organi critici o nei pazienti pediatrici, dove la riduzione della dose diffusa consente di limitare gli effetti a lungo termine, inclusa l'insorgenza di secondi tumori.

L'evoluzione delle indicazioni cliniche mostra inoltre un progressivo ampliamento: da applicazioni iniziali su tumori rari e complessi, l'adroterapia si sta estendendo a patologie più frequenti, anche grazie all'accumulo di evidenze scientifiche.

Diffusione delle tecnologie e limiti di accesso

Nonostante i vantaggi, l'adroterapia rappresenta ancora una tecnologia relativamente poco diffusa rispetto alla radioterapia convenzionale. La distribuzione dei centri è concentrata in alcune aree geografiche e la capacità di trattamento è inferiore rispetto al fabbisogno potenziale.

Questo squilibrio evidenzia una criticità importante in termini di equità di accesso. La disponibilità limitata di infrastrutture, unita ai costi elevati e alla complessità tecnologica, rende necessario un ripensamento delle strategie di sviluppo e diffusione, sia a livello nazionale che internazionale.



L'innovazione degli acceleratori lineari

Uno dei temi più rilevanti emersi riguarda l'introduzione degli acceleratori lineari per protoni, che rappresentano una svolta tecnologica significativa. Questi sistemi consentono un controllo estremamente rapido e preciso dell'energia del fascio, permettendo di adattare il trattamento in modo dinamico alle caratteristiche del tumore.

La modularità della tecnologia lineare consente inoltre di progettare impianti più compatti e flessibili rispetto ai sistemi tradizionali, con vantaggi in termini di costi, spazio e sicurezza. La riduzione delle schermature necessarie e la maggiore efficienza operativa rendono questa soluzione particolarmente promettente per una diffusione più ampia nei contesti ospedalieri.

Evoluzione delle tecniche di trattamento

L'innovazione non riguarda solo l'hardware, ma anche le modalità di somministrazione della terapia. L'utilizzo di fasci di dimensioni millimetriche e la possibilità di modulare rapidamente energia e intensità permettono di sviluppare tecniche sempre più sofisticate, capaci di adattarsi in tempo reale ai movimenti del tumore.

Parallelamente, si stanno esplorando approcci innovativi come l'erogazione ultrarapida della dose e la distribuzione spaziale frazionata, che potrebbero migliorare ulteriormente il rapporto tra efficacia e tossicità. Queste evoluzioni aprono prospettive importanti per trattamenti sempre più personalizzati.

Teranostica e nuove frontiere terapeutiche

Un ulteriore ambito di sviluppo è rappresentato dalla teranostica, che integra diagnosi e terapia attraverso l'uso di radioisotopi. In questo contesto, l'impiego di particelle alfa legate a specifiche molecole consente di colpire selettivamente le cellule tumorali, incluse le micrometastasi, con un'elevata efficacia e una limitata diffusione nei tessuti sani.

Questa strategia rappresenta una delle frontiere più promettenti della medicina nucleare, con un potenziale significativo sia in termini di risultati clinici sia di sviluppo industriale.



Integrazione tra discipline e modelli organizzativi

Il successo dell'adroterapia dipende dalla capacità di integrare competenze diverse, dalla fisica alla medicina, dall'ingegneria all'industria. La realizzazione di queste tecnologie richiede percorsi lunghi e complessi, caratterizzati da investimenti, ricerca continua e sviluppo di competenze altamente specializzate.

È emersa con forza la necessità di creare modelli organizzativi capaci di mettere in rete le eccellenze esistenti, valorizzando il contributo dei diversi attori coinvolti e superando le frammentazioni territoriali.

Il ruolo dei dati e dell'intelligenza artificiale

L'utilizzo di modelli avanzati basati su dati clinici, fisici e biologici rappresenta un elemento chiave per il futuro. L'intelligenza artificiale potrà supportare la selezione dei pazienti, migliorare la pianificazione dei trattamenti e ottimizzare l'uso delle risorse.

L'integrazione di grandi quantità di dati e la collaborazione internazionale saranno fondamentali per accelerare la produzione di evidenze e migliorare l'appropriatezza clinica.

Impatto sul sistema sanitario e prospettive future

L'introduzione dell'adroterapia comporta una trasformazione significativa dei sistemi sanitari. Non si tratta solo di adottare nuove tecnologie, ma di ripensare i modelli di cura, la gestione delle risorse e i criteri di accesso.

Le sfide riguardano la sostenibilità economica, la formazione del personale e la capacità di garantire equità nell'accesso alle cure. Allo stesso tempo, le opportunità offerte dall'innovazione tecnologica e scientifica indicano una direzione chiara verso una medicina sempre più precisa, personalizzata e integrata.



Temi emersi

- **Trasferimento della ricerca fondamentale** alle applicazioni cliniche
- **Vantaggi fisici e biologici dell'adroterapia** rispetto alla radioterapia tradizionale
- **Ruolo nei tumori** complessi, pediatrici e radioresistenti
- **Disomogeneità** nella diffusione dei centri e accesso limitato
- **Innovazione degli acceleratori lineari** e maggiore flessibilità tecnologica
- Sviluppo di **nuove tecniche di trattamento** (tracking, modulazione, fasci avanzati)
- Evoluzione della **teranostica** e utilizzo dei **radioisotopi**
- Necessità di **integrazione** tra ricerca, clinica e industria
- Importanza dei **dati e dell'intelligenza artificiale**
- **Impatto organizzativo e sostenibilità** per i sistemi sanitari



Action points

- Favorire la **diffusione di tecnologie** più compatte e sostenibili
- **Rafforzare gli investimenti in ricerca** e sviluppo clinico
- **Sviluppare modelli di selezione dei pazienti** basati su dati avanzati
- Promuovere la **cooperazione internazionale** e la condivisione dei dati
- Integrare l'**adroterapia** nei percorsi terapeutici multidisciplinari
- **Sostenere lo sviluppo della teranostica** e dei radiofarmaci
- **Creare sinergie** tra pubblico, ricerca e industria
- Migliorare l'**equità di accesso alle cure innovative**
- Pianificare **strategie sanitarie coordinate** a livello nazionale ed europeo
- **Investire nella formazione** di competenze specialistiche



FOCUS ON

LA PREVENZIONE VACCINALE ANTINFLUENZALE, UNO STRUMENTO DI BUONA SALUTE E SOSTENIBILITÀ

L'influenza come problema clinico, sociale ed economico

La sessione ha posto al centro il valore della prevenzione vaccinale antinfluenzale non come intervento marginale o stagionale, ma come leva strutturale di sanità pubblica, sostenibilità economica e protezione delle persone fragili. L'influenza è stata descritta come una patologia spesso sottovalutata nella percezione comune, ma capace ogni anno di generare un impatto rilevante sui cittadini, sui servizi sanitari, sui pronto soccorso, sui reparti di medicina e sull'intero sistema produttivo.

Il quadro epidemiologico evidenzia una pressione importante: l'influenza stagionale colpisce ogni anno una quota significativa della popolazione adulta e pediatrica, può determinare milioni di casi severi a livello globale e comporta un numero elevato di decessi, soprattutto tra gli anziani e i soggetti con comorbidità. In Italia, la stagione più recente ha mostrato numeri particolarmente rilevanti, con milioni di casi di infezioni respiratorie e un impatto significativo sulla tenuta dei servizi ospedalieri. A questo si aggiunge una mortalità in eccesso correlabile all'influenza, che riguarda in larghissima parte gli over 65, ma che produce conseguenze sanitarie, sociali ed economiche anche nelle fasce più giovani e ancora attive sul piano lavorativo.

È emerso con forza che l'influenza non può essere raccontata come una semplice malattia passeggera. Nei soggetti fragili, negli anziani, nei cardiopatici, nei diabetici, nei pazienti oncologici o immunodepressi può rappresentare il fattore scatenante di eventi acuti, ricoveri, perdita di autonomia, aggravamento di patologie croniche, ictus, infarti e complicanze respiratorie. Anche pochi giorni di allettamento in una persona anziana possono tradursi in perdita di massa muscolare, peggioramento funzionale e riduzione della capacità di mantenere una vita autonoma.



Invecchiamento della popolazione e fragilità territoriale

Un tema centrale è stato l'invecchiamento demografico, destinato a modificare profondamente la domanda di salute nei prossimi decenni. L'aumento degli over 65 e soprattutto dei grandi anziani renderà sempre più urgente investire in prevenzione, perché una popolazione più fragile, più sola e con più comorbidità sarà anche più esposta agli effetti gravi delle infezioni respiratorie stagionali.

Il Mezzogiorno è stato indicato come un'area particolarmente esposta a questa trasformazione. Alla crescita della popolazione anziana si accompagna infatti un calo demografico più marcato, l'emigrazione giovanile, l'aumento degli anziani soli e una rete territoriale spesso meno capillare. In questo contesto la vaccinazione non è soltanto una misura clinica, ma uno strumento di equità. Portare il vaccino vicino alle persone, anche attraverso chiamata attiva, vaccinazioni domiciliari, coinvolgimento dei medici di medicina generale, farmacie, distretti, RSA e case di comunità, diventa essenziale per evitare che la fragilità sociale si trasformi in fragilità sanitaria.

La prevenzione vaccinale è stata quindi presentata come uno dei pilastri della tenuta economica e organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale. Investire in vaccinazione significa ridurre ricoveri, accessi impropri, complicanze, mortalità, assenze lavorative e perdita di produttività. È stata richiamata l'idea che ogni euro investito in prevenzione generi un ritorno significativo in termini di minori costi sanitari diretti e indiretti.



Coperture vaccinali ancora insufficienti

Uno dei nodi più critici emersi riguarda le coperture vaccinali, ancora lontane dagli obiettivi auspicati. La copertura negli over 65 si colloca attorno a valori insufficienti rispetto al target minimo del 75% e all'obiettivo ottimale del 95%. La situazione appare particolarmente problematica in diverse regioni del Sud, dove le percentuali sono spesso inferiori alla media nazionale.

È stato sottolineato che il problema non può essere attribuito soltanto all'esitazione vaccinale dei cittadini. Le coperture sono sostanzialmente ferme da anni e questo indica l'esistenza di criticità organizzative, logistiche, comunicative e gestionali. In molti casi il sistema continua ad affidarsi quasi esclusivamente alla buona volontà dei singoli professionisti, in particolare dei medici di medicina generale, senza una vera strategia integrata, misurabile e condivisa.

La variabilità tra territori, aziende sanitarie, distretti e singoli professionisti è stata indicata come un segnale importante. Esistono medici che vaccinano percentuali molto alte dei propri assistiti e altri che raggiungono quote estremamente basse. Ciò dimostra che la disponibilità del vaccino, da sola, non basta. Servono modelli organizzativi capaci di rendere la vaccinazione accessibile, programmata, monitorata e sostenuta da obiettivi chiari.



Appropriatezza vaccinale e ruolo dei vaccini potenziati

Ampio spazio è stato dedicato al tema dell'appropriatezza vaccinale. La discussione ha evidenziato la necessità di superare l'approccio secondo cui "l'importante è vaccinare" e di orientarsi invece verso il principio del vaccino giusto, alla persona giusta, nel momento giusto. Questo vale soprattutto per anziani, fragili e pazienti con patologie croniche.

I vaccini potenziati sono stati descritti come strumenti in grado di offrire una maggiore protezione rispetto ai vaccini standard, in particolare nelle fasce di popolazione in cui l'immunosenescenza riduce la risposta immunitaria. È stata richiamata la loro maggiore efficacia relativa, la capacità di proteggere meglio da complicanze gravi e il ruolo nella prevenzione degli eventi cardiovascolari acuti correlati all'influenza.

La discussione ha posto anche il tema dell'abbassamento dell'età di accesso preferenziale ai vaccini potenziati, dagli over 65 agli over 60, e in alcuni casi anche a soggetti più giovani ma fragili o con comorbidità. È stato evidenziato che già tra i 60 e i 64 anni sono presenti molte condizioni di rischio, soprattutto nelle regioni meridionali, dove l'aspettativa di vita in buona salute resta più bassa. Inoltre, in questa fascia d'età esistono ancora importanti costi indiretti legati alla perdita di produttività lavorativa.

Accanto ai vaccini potenziati, è stato discusso anche il ruolo dei vaccini cellulari, in particolare per i soggetti fragili e per la popolazione pediatrica. L'età pediatrica è stata richiamata come ambito spesso poco considerato nel dibattito sull'influenza, pur rappresentando una quota significativa dei ricoveri evitabili e un importante terreno di intervento per ridurre la circolazione virale e le complicanze.



La necessità di una governance multilivello

Un altro tema centrale è stato quello della governance. È emersa con chiarezza l'idea che non bastino un piano nazionale o un piano regionale: serve anche un vero piano aziendale, capace di tradurre gli obiettivi in responsabilità operative. Ogni azienda sanitaria dovrebbe sapere chi fa cosa, quando, dove, con quali strumenti, con quali target e con quali indicatori di monitoraggio.

La prevenzione vaccinale, per essere efficace, deve essere inserita nei meccanismi ordinari di programmazione, controllo di gestione e valutazione delle performance. Ciò che non viene monitorato rischia di non esistere realmente nelle priorità aziendali. Per questo è stata sottolineata l'importanza di indicatori di processo, di accesso e di miglioramento, in grado di misurare non solo quante vaccinazioni vengono effettuate, ma anche dove, da chi, verso quali target e con quali risultati. Le esperienze regionali presentate hanno mostrato modelli diversi ma accomunati da alcuni elementi: coordinamento centrale, comitati tecnico-scientifici, scelta programmata delle tipologie vaccinali, distribuzione mirata dei vaccini, monitoraggio mensile, sistemi informativi evoluti, chiamata attiva, coinvolgimento delle aziende sanitarie e confronto continuo con i professionisti del territorio.

Sistemi informativi, anagrafi vaccinali e chiamata attiva

La digitalizzazione è stata indicata come un fattore abilitante decisivo. I sistemi informativi regionali possono permettere di costruire coorti target, individuare i soggetti fragili, monitorare le coperture per distretto, azienda, setting assistenziale e singolo medico, verificare le giacenze, programmare gli inviti e produrre report periodici.

Particolare interesse è stato attribuito agli strumenti di invito digitale, che consentono ai medici di medicina generale di selezionare i pazienti da convocare e ai cittadini di ricevere notifiche direttamente tramite applicazioni o messaggi. Questo modello permette di superare una vaccinazione passiva, basata sull'attesa del cittadino, e di avvicinarsi a una prevenzione proattiva.

Tuttavia, è stato rilevato che in molte realtà le anagrafi vaccinali non sono ancora pienamente implementate e il Fascicolo Sanitario Elettronico non viene ancora sfruttato in modo sistematico per sostenere promemoria, chiamate attive, follow-up e monitoraggio delle vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano.



Il ruolo dei medici di medicina generale, degli specialisti e degli ospedali

Il medico di medicina generale resta una figura centrale nella campagna antinfluenzale. È il professionista che conosce il paziente, intercetta la fragilità, può orientare la scelta vaccinale e ha un rapporto fiduciario spesso decisivo per superare dubbi ed esitazioni. Tuttavia, è stato ribadito che non può essere lasciato solo. La vaccinazione antinfluenzale non può dipendere esclusivamente dalla sensibilità del singolo medico o dalla disponibilità del singolo ambulatorio.

Accanto alla medicina generale, è stato valorizzato il ruolo degli specialisti. Cardiologi, diabetologi, oncologi, ematologi, reumatologi, geriatri e altri specialisti devono diventare parte attiva della raccomandazione vaccinale, perché il paziente fragile spesso ascolta con grande attenzione il professionista che lo segue per la propria patologia. Inserire la vaccinazione antinfluenzale e l'appropriatezza vaccinale nelle linee guida delle società scientifiche può favorire un cambiamento culturale e operativo.

Anche l'ospedale può diventare un luogo importante di prevenzione, soprattutto per i pazienti fragili che vi accedono frequentemente per ricoveri, terapie o visite specialistiche. L'esperienza maturata durante la campagna anti-Covid ha dimostrato che è possibile vaccinare pazienti complessi nei luoghi di cura, integrando la vaccinazione nei percorsi assistenziali, durante il ricovero, l'accesso ambulatoriale o il follow-up.



La prossimità come modello operativo

Un passaggio rilevante ha riguardato il concetto di prossimità. La prossimità non deve restare uno slogan, ma diventare organizzazione concreta. Il cittadino fragile non può essere costretto a cercare autonomamente il punto vaccinale più adatto, a orientarsi tra servizi frammentati o a dipendere dalla casualità dell'offerta. Deve essere il sistema a intercettarlo, accompagnarlo e offrirgli la vaccinazione nei luoghi più vicini alla sua vita quotidiana.

In questa prospettiva è stata presentata l'esperienza di un programma integrato di vaccinazione di prossimità, fondato sul ruolo del distretto, delle case di comunità, delle AFT, dei medici di medicina generale, degli specialisti, delle RSA, degli infermieri di famiglia e comunità, degli ospedali di base e dei servizi vaccinali territoriali. L'obiettivo è costruire una rete in cui la prevenzione vaccinale sia parte della presa in carico, non un atto separato.

Il progetto prevede mappatura della popolazione target, identificazione dei punti vaccinali, sedute presso RSA e domicilio, coinvolgimento degli specialisti, vaccinazioni intraospedaliere, formazione degli operatori, campagne informative, monitoraggio mensile e indicatori di risultato. In questo modello il distretto diventa luogo di governo, integrazione e prossimità, coerentemente con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77.



Comunicazione, fiducia ed esitazione vaccinale

La comunicazione è stata indicata come una delle principali leve per migliorare l'adesione. Non basta ripetere che la vaccinazione è importante: occorre costruire messaggi chiari, coerenti, segmentati e comprensibili per i diversi target. Parlare genericamente di vaccinazione "per anziani" può essere inefficace o persino controproducente, perché molte persone non si riconoscono in quella categoria.

Serve una comunicazione capace di spiegare perché vaccinarsi protegge non solo dall'influenza, ma anche dalle sue conseguenze: ricoveri, complicanze cardiovascolari, perdita di autonomia, aggravamento delle patologie croniche, assenze lavorative e carico familiare. Per un anziano, il messaggio più efficace può non essere "evitare la febbre", ma "continuare a essere autonomo, uscire di casa, fare la spesa, accompagnare un nipote a scuola". Per un cardiopatico, il messaggio deve chiarire che il vaccino riduce il rischio di eventi gravi innescati dall'infezione.

È stato inoltre sottolineato che la comunicazione deve essere condivisa da tutti gli attori: medici, specialisti, infermieri, farmacisti, insegnanti, operatori di comunità e istituzioni. Dove la comunicazione è frammentata, incoerente o poco trasparente, si creano aree grigie in cui possono insinuarsi dubbi, sospetti ed esitazione vaccinale.

La vaccinazione degli operatori sanitari

Un tema particolarmente forte è stato quello della vaccinazione degli operatori sanitari. È stata evidenziata una contraddizione: il sistema chiede ai cittadini di vaccinarsi, ma una parte degli stessi operatori sanitari non aderisce alla vaccinazione antinfluenzale. Questo indebolisce la testimonianza professionale e riduce la protezione indiretta dei pazienti più fragili.

La vaccinazione degli operatori sanitari è stata richiamata non solo come scelta individuale, ma come responsabilità professionale e sociale. Proteggere sé stessi significa proteggere i pazienti, gli anziani, i fragili e le strutture assistenziali. Per questo è stata proposta una maggiore iniziativa dei servizi vaccinali e dei dipartimenti di prevenzione nel raggiungere direttamente ospedali, reparti e luoghi di lavoro sanitari.



Dati, evidenze e cultura della prevenzione

La conclusione del confronto ha richiamato la necessità di ancorare il dibattito vaccinale a dati, numeri ed evidenze scientifiche. Le opinioni, da sole, non possono guidare le scelte di sanità pubblica. La prevenzione vaccinale deve essere trattata con la stessa serietà dedicata alle terapie innovative, perché genera benefici rilevanti in termini di salute, sostenibilità e riduzione delle disuguaglianze.

È emersa una visione condivisa: la vaccinazione antinfluenzale deve diventare una routine organizzativa stabile, programmata e misurata, non una campagna affidata ogni anno alla contingenza. Per farlo servono convinzione culturale, responsabilità manageriale, appropriatezza clinica, prossimità territoriale, integrazione ospedale-territorio, comunicazione mirata e sistemi informativi realmente utilizzati.

La prevenzione vaccinale antinfluenzale si conferma quindi uno strumento di buona salute e sostenibilità perché protegge le persone più vulnerabili, riduce il carico sugli ospedali, preserva l'autonomia degli anziani, limita i costi diretti e indiretti e rafforza la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di agire prima che la malattia produca danni evitabili.



Temi emersi

- L'influenza stagionale è una patologia ad alto impatto clinico, sociale ed economico, ancora troppo sottovalutata.
- Le complicanze influenzali colpiscono soprattutto anziani, fragili, cardiopatici, diabetici, oncologici, immunodepressi e pazienti con comorbidità.
- Le coperture vaccinali restano insufficienti e lontane dal target minimo del 75%.
- Il Mezzogiorno presenta criticità specifiche legate a invecchiamento, isolamento, fragilità sociale e minore capillarità territoriale.
- L'esitazione vaccinale non spiega da sola le basse coperture: pesano anche organizzazione, logistica, comunicazione e governance.
- I vaccini potenziati rappresentano una risposta più appropriata per anziani e soggetti fragili.
- È stata condivisa l'opportunità di valutare l'estensione della raccomandazione dei vaccini potenziati agli over 60 e ai fragili anche sotto i 65 anni.
- La fascia 60-64 anni è rilevante sia per rischio clinico sia per impatto economico legato alla perdita di produttività.
- La popolazione pediatrica e i bambini piccoli rappresentano un target importante, spesso non abbastanza valorizzato.
- I vaccini cellulari sono stati indicati come possibile strumento utile per fragili e popolazione pediatrica.
- La medicina generale resta centrale, ma non può essere l'unico pilastro della campagna.
- Gli specialisti devono essere coinvolti stabilmente nella raccomandazione vaccinale.
- L'ospedale può diventare luogo di prevenzione, soprattutto per pazienti fragili e ad accesso frequente.
- Le RSA, il domicilio, le case di comunità, le farmacie e i distretti sono setting fondamentali per la prossimità vaccinale.
- La comunicazione deve essere chiara, coerente, segmentata per target e centrata sui benefici concreti.
- La vaccinazione degli operatori sanitari è un nodo critico di responsabilità professionale e protezione indiretta dei pazienti.
- I sistemi informativi, le anagrafi vaccinali e il Fascicolo Sanitario Elettronico sono ancora sottoutilizzati.
- La prevenzione deve essere misurata con indicatori chiari e inserita negli obiettivi aziendali.
- Serve una cultura della prevenzione fondata su dati, evidenze scientifiche e monitoraggio costante.



Action points

- Costruire piani aziendali vaccinali oltre ai piani nazionali e regionali.
- Definire per ogni azienda sanitaria responsabilità, tempi, luoghi, target, strumenti e indicatori.
- Inserire le vaccinazioni tra gli obiettivi monitorati dal controllo di gestione.
- Rafforzare il coordinamento tra regioni, aziende sanitarie, distretti e dipartimenti di prevenzione.
- Implementare sistemi informativi capaci di monitorare coperture, giacenze, somministrazioni e performance per territorio e professionista.
- Utilizzare chiamata attiva, promemoria digitali e inviti personalizzati per raggiungere i target prioritari.
- Potenziare le anagrafi vaccinali e integrare il Fascicolo Sanitario Elettronico nei percorsi vaccinali.
- Garantire appropriatezza vaccinale: vaccino giusto, paziente giusto, momento giusto.
- Valutare l'estensione dei vaccini potenziati agli over 60 e ai soggetti fragili anche più giovani.
- Distribuire prioritariamente i vaccini potenziati ai target anziani e fragili.
- Rafforzare l'uso dei vaccini cellulari nei target appropriati, inclusa la popolazione pediatrica.
- Avviare le campagne in tempi utili e proseguirle per tutta la stagione influenzale.
- Coinvolgere attivamente medici di medicina generale, pediatri, specialisti, infermieri, farmacisti e operatori territoriali.
- Inserire la raccomandazione vaccinale nelle linee guida delle società scientifiche specialistiche.
- Sviluppare percorsi vaccinali in ospedale per pazienti oncologici, ematologici, diabetici, cardiologici e immunodepressi.
- Attivare sedute vaccinali in RSA, case di riposo, domicilio, case di comunità e luoghi di cura.
- Rafforzare la vaccinazione degli operatori sanitari con iniziative dedicate nei luoghi di lavoro.
- Costruire campagne di comunicazione differenziate per anziani, fragili, cardiopatici, diabetici, oncologici, genitori e operatori sanitari.
- Comunicare non solo la protezione dall'influenza, ma anche la riduzione di ricoveri, complicanze, perdita di autonomia e costi sociali.
- Monitorare mensilmente i risultati e restituire feedback agli operatori per correggere tempestivamente le criticità.



FOCUS ON

RICERCA ED INNOVAZIONE SCIENTIFICA CHE SPINGONO ALL'INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA L'ESEMPIO DELLA THYROID EYE DISEASE

Una patologia complessa ancora poco conosciuta

La Thyroid Eye Disease (TED) è stata presentata come una patologia autoimmune complessa, ancora oggi poco conosciuta e spesso sottodiagnosticata, ma destinata nei prossimi anni a diventare sempre più centrale grazie ai progressi della ricerca scientifica e terapeutica. La malattia colpisce prevalentemente le donne e può manifestarsi sia in associazione con disfunzioni tiroidee sia indipendentemente da esse, elemento che rende il percorso diagnostico ancora più complesso.

La TED interessa i tessuti retro-orbitari provocando infiammazione, edema, proptosi (cioè protrusione del bulbo oculare), retrazione palpebrale, dolore e diplopia, fino ad arrivare nei casi più gravi al rischio di perdita della vista. L'impatto della patologia non risulta solamente clinico, ma anche psicologico, sociale e lavorativo, con una compromissione della qualità di vita paragonabile a quella osservata in alcune patologie oncologiche.

Permane una necessità di riconoscere precocemente i segni della malattia, distinguendoli da condizioni apparentemente banali come congiuntiviti o allergie oculari. In questo scenario il ruolo del medico di medicina generale diventa strategico, rappresentando il primo punto di accesso del paziente al sistema sanitario e il primo possibile snodo per l'avvio di un corretto percorso diagnostico.



Epidemiologia, fattori di rischio e storia naturale della malattia

Durante il confronto è stato evidenziato come la TED rappresenti una patologia relativamente rara nelle forme moderate-severe, con una prevalenza bassa rispetto alla popolazione generale. In Italia si stima la presenza di circa 53.000 pazienti, ma solo una parte sviluppa forme clinicamente importanti e una quota ridotta arriva a condizioni tali da mettere a rischio la funzione visiva. La storia naturale della malattia è stata descritta come caratterizzata da una fase iniziale attiva, nella quale i sintomi aumentano progressivamente di intensità fino a raggiungere un plateau, seguita poi da una fase inattiva che può lasciare esiti permanenti.

Sono stati richiamati diversi fattori associati a maggiore severità della malattia: sesso maschile, età avanzata, diabete, ipercolesterolemia, elevati livelli anticorpali e soprattutto il fumo di sigaretta, identificato come uno dei principali elementi aggravanti. È stato sottolineato come le campagne antifumo abbiano contribuito negli ultimi decenni a ridurre significativamente l'incidenza delle forme più severe.

La multidisciplinarietà come modello organizzativo

Uno dei temi centrali dell'incontro è stato il valore della multidisciplinarietà nella gestione della TED. È stato ribadito come nessuno specialista possa affrontare da solo la complessità di questa patologia. La presa in carico efficace richiede infatti la collaborazione tra endocrinologi, oftalmologi, chirurghi orbitali, radiologi, radioterapisti, medici di medicina generale, psicologi e farmacisti ospedalieri. Proprio l'integrazione tra competenze differenti è stata indicata come il vero elemento innovativo dal punto di vista organizzativo.

È stata portata l'esperienza concreta di ambulatori multidisciplinari dedicati, nei quali diversi specialisti lavorano contemporaneamente sullo stesso paziente, condividendo valutazioni cliniche, percorsi diagnostici e strategie terapeutiche. Questo modello ha consentito di individuare precocemente casi più complessi, ridurre le complicanze severe e migliorare la continuità assistenziale.

La collaborazione tra professionisti risulta indispensabile per affrontare problematiche specifiche come la chirurgia decompressiva orbitaria, l'imaging specialistico e il monitoraggio clinico nel tempo.



Criticità organizzative, burocratiche e accesso alle cure

Accanto ai progressi terapeutici sono emerse numerose criticità organizzative. I clinici si trovano spesso a dover affrontare ostacoli burocratici rilevanti, con percorsi autorizzativi lunghi e sistemi di rimborso non coerenti con i bisogni reali dei pazienti.

Particolarmente sentito anche il tema delle esenzioni ticket. È stato sottolineato come molti pazienti con TED non rientrino attualmente nei criteri di esenzione previsti per le patologie croniche o rare, soprattutto nei casi associati a tiroidite autoimmune senza ipertiroidismo. Questo genera disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni specialistiche, agli esami diagnostici e al supporto terapeutico.

Ulteriore criticità riguarda la mobilità sanitaria extraregionale. Molti pazienti vengono indirizzati fuori regione nonostante la presenza di centri specialistici locali competenti, con conseguente aggravio organizzativo, economico e psicologico.

Informazione, formazione e reti cliniche

Il dibattito ha posto forte attenzione anche sulla necessità di migliorare la diffusione delle informazioni e la conoscenza dei percorsi disponibili. È stato osservato come spesso esistano già PDTA, documenti tecnici, linee guida e reti assistenziali, ma che questi strumenti non vengano adeguatamente comunicati o utilizzati.

La formazione continua dei professionisti sanitari è stata indicata come elemento fondamentale per migliorare diagnosi precoce, appropriatezza prescrittiva e indirizzamento corretto dei pazienti verso i centri di riferimento.

Parallelamente, è emersa l'importanza di rafforzare le reti cliniche regionali e nazionali, favorendo il collegamento tra ospedale e territorio e valorizzando il ruolo delle tecnologie digitali nella condivisione delle competenze specialistiche.



Innovazione tecnologica e futuro della sanità

Nella parte conclusiva dell'incontro il confronto si è ampliato al rapporto tra innovazione scientifica, tecnologia e organizzazione sanitaria. È stato sottolineato come le nuove tecnologie diagnostiche, l'intelligenza artificiale e l'evoluzione dell'imaging stiano aprendo scenari radicalmente nuovi nella medicina contemporanea.

L'innovazione è stata interpretata non solo come disponibilità di nuovi farmaci o strumenti diagnostici, ma soprattutto come capacità di costruire reti professionali integrate e modelli organizzativi più flessibili e collaborativi.

È stata ribadita la necessità di superare una visione esclusivamente strutturale della medicina territoriale, puntando invece su connessioni tra specialisti, telemedicina, interoperabilità e modelli assistenziali basati sulle reti cliniche.

In questa prospettiva, la TED è stata proposta come esempio paradigmatico di come la ricerca scientifica possa spingere il sistema sanitario verso una vera innovazione organizzativa, centrata sul paziente, sulla multidisciplinarietà e sull'integrazione tra competenze.



Temi emersi

- La TED come patologia autoimmune complessa, rara nelle forme severe e fortemente impattante sulla qualità della vita.
- Importanza della diagnosi precoce per evitare evoluzione verso forme gravi e perdita della vista.
- Ruolo strategico del medico di medicina generale nel riconoscimento iniziale della malattia.
- Forte impatto psicologico, sociale e lavorativo della patologia.
- Necessità di percorsi multidisciplinari strutturati e integrati.
- Disomogeneità nei percorsi di esenzione ticket.
- Mobilità sanitaria extraregionale e difficoltà di indirizzamento ai centri specialistici.
- Necessità di maggiore formazione e diffusione delle informazioni clinico-organizzative.
- Centralità delle reti cliniche e dell'integrazione ospedale-territorio.
- Innovazione tecnologica come leva di trasformazione organizzativa del sistema sanitario.



Action points

- Rafforzare la formazione dei medici di medicina generale e degli specialisti territoriali sulla TED.
- Creare e consolidare ambulatori multidisciplinari dedicati alla patologia.
- Standardizzare i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).
- Rivedere i criteri di esenzione ticket per includere tutte le forme clinicamente rilevanti della TED.
- Migliorare i sistemi di rimborso per le terapie ad alto costo.
- Potenziare le reti regionali di presa in carico per ridurre la mobilità extraregionale.
- Favorire la comunicazione e la diffusione delle informazioni sui centri di riferimento.
- Integrare il supporto psicologico nei percorsi assistenziali dei pazienti.
- Utilizzare tecnologia, telemedicina e reti digitali per collegare specialisti e territorio.
- Promuovere la raccolta dati e la costruzione di registri dedicati alla patologia.



FOCUS ON

MALATTIE RARE: UNA SFIDA FRA COMPLESSITÀ CLINICA E ORGANIZZATIVA

La necessità di un nuovo modello di sanità territoriale e integrata

Nel corso del confronto è emersa con forza la necessità di ripensare il Servizio Sanitario Nazionale alla luce dei cambiamenti epidemiologici, sociali e demografici che stanno trasformando profondamente i bisogni di salute della popolazione. Il tema delle malattie rare è stato affrontato non soltanto dal punto di vista clinico, ma soprattutto come paradigma della complessità organizzativa che oggi mette sotto pressione il sistema sanitario, imponendo un'evoluzione dei modelli di presa in carico.

È stato sottolineato come il PNRR rappresenti un'importante opportunità di riorganizzazione della sanità italiana, pur non essendo considerato la soluzione definitiva ai problemi strutturali del sistema. Gli interventi previsti dalla Missione Salute sono stati descritti come strumenti fondamentali per favorire la costruzione di una medicina più vicina al cittadino, basata sulla prossimità territoriale, sull'interconnessione dei servizi e sull'utilizzo delle nuove tecnologie digitali.

Un passaggio centrale ha riguardato il superamento di un modello esclusivamente ospedalocentrico, considerato non più sostenibile né adeguato rispetto all'aumento delle cronicità e delle condizioni complesse. La sanità del futuro è stata descritta come una sanità capace di prendersi cura della persona nel suo complesso, andando oltre la semplice gestione della malattia. In questo quadro, la casa è stata definita il primo luogo di cura, mentre la presa in carico multidisciplinare e continuativa è stata indicata come l'elemento chiave per affrontare le malattie rare e le patologie croniche.



Malattie rare, disuguaglianze territoriali e accesso alle cure

Uno dei temi più rilevanti emersi durante l'evento è stato quello delle profonde disuguaglianze territoriali, particolarmente evidenti nel Mezzogiorno. È stata evidenziata la forte disparità nella distribuzione dei centri europei di riferimento per le malattie rare, con una concentrazione prevalente nel Nord Italia e una significativa carenza nel Sud.

Questa situazione genera ritardi diagnostici, difficoltà di accesso alle terapie e un aumento della mobilità sanitaria passiva. Il ritardo diagnostico è stato identificato come uno degli unmet needs più critici, insieme alla difficoltà di accesso uniforme alle cure innovative e ai percorsi assistenziali dedicati.

È stato ribadito che le risposte alle malattie rare non possono essere frammentarie o occasionali, ma devono necessariamente configurarsi come risposte di sistema. L'organizzazione delle reti, l'interoperabilità dei dati e la condivisione delle informazioni cliniche sono stati individuati come strumenti essenziali per ridurre le disuguaglianze e migliorare la qualità dell'assistenza.

Grande attenzione è stata dedicata anche al tema dell'equità di accesso alle nuove terapie. È stato sottolineato che l'innovazione terapeutica non può essere considerata esclusivamente come un costo, ma deve essere interpretata come un investimento sociale, sanitario ed economico, in grado di migliorare la qualità della vita e aumentare l'aspettativa di vita dei pazienti.



Digitalizzazione, telemedicina e fascicolo sanitario elettronico

Un altro filone centrale del dibattito ha riguardato il ruolo strategico della sanità digitale. La digitalizzazione è stata descritta come una leva fondamentale per garantire continuità assistenziale, ridurre le disomogeneità territoriali e favorire una gestione più efficace delle malattie rare e croniche.

Particolare rilievo è stato attribuito al fascicolo sanitario elettronico, considerato uno strumento indispensabile per costruire una reale interoperabilità tra professionisti, territori e strutture sanitarie. La possibilità di condividere la storia clinica del paziente, evitando duplicazioni di esami e migliorando il coordinamento delle cure, è stata indicata come una delle principali opportunità offerte dall'innovazione digitale.

La telemedicina è stata presentata come una risposta concreta ai bisogni delle aree interne, dei territori periferici e dei pazienti fragili. È stato evidenziato come la possibilità di monitorare il paziente a distanza, effettuare consulti specialistici e condividere dati clinici possa contribuire a migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e ridurre le disuguaglianze geografiche.

Tuttavia, è stato anche sottolineato che la tecnologia, da sola, non è sufficiente. Senza una solida organizzazione dei servizi e senza una reale integrazione tra ospedale, territorio, assistenza domiciliare, hospice e strutture residenziali, la digitalizzazione rischia di aumentare le frammentazioni anziché ridurle. È stata inoltre evidenziata la necessità di investire nella formazione del personale sanitario e nell'alfabetizzazione digitale dei cittadini, soprattutto delle fasce più anziane.



Riabilitazione, cronicità e continuità assistenziale

Ampio spazio è stato dedicato al tema della riabilitazione, considerata un elemento fondamentale nella gestione della complessità clinica. La riabilitazione è stata descritta non come semplice recupero funzionale, ma come presa in carico globale bio-psico-sociale della persona.

È emersa la necessità di sviluppare percorsi riabilitativi precoci, continuativi e personalizzati, capaci di accompagnare il paziente lungo tutto il percorso assistenziale. Il paziente cronico e complesso necessita infatti di un approccio multidisciplinare che coinvolga medici, infermieri, fisioterapisti, operatori sociali e caregiver.

Sono state evidenziate criticità importanti legate alla carenza dell'assistenza domiciliare integrata, alla difficoltà di gestione dei pazienti stabilizzati e alla permanenza impropria nelle strutture ospedaliere o riabilitative. È stato inoltre sottolineato come la mancanza di adeguati servizi territoriali contribuisca ad alimentare il fenomeno della mobilità sanitaria e ad aumentare il carico sulle famiglie.

Cure palliative e centralità della persona

Il dibattito ha affrontato in maniera approfondita anche il tema delle cure palliative, sottolineando come esse debbano essere considerate parte integrante del percorso assistenziale e non esclusivamente associate al fine vita.

Le cure palliative sono state descritte come un approccio globale alla persona, finalizzato non soltanto al controllo del dolore e dei sintomi fisici, ma anche al supporto psicologico, sociale e relazionale del paziente e della famiglia. È stato ribadito che queste cure devono essere attivate precocemente, anche nelle fasi iniziali delle malattie cronico-degenerative e delle patologie rare.

Sono emerse criticità legate alla disomogeneità territoriale dell'offerta, alla carenza di personale specializzato e alla mancanza di regolamenti regionali specifici. È stata inoltre sottolineata la necessità di rafforzare le cure palliative pediatriche, ancora troppo poco sviluppate.

Un tema particolarmente significativo ha riguardato il concetto di "cura" nelle malattie inguaribili. È stato evidenziato come curare non significhi esclusivamente somministrare farmaci, ma anche garantire qualità della vita, relazioni sociali, dignità, esperienze emotive e benessere psicologico.



Prevenzione, screening e sostenibilità del sistema sanitario

La prevenzione è stata indicata come il principale investimento strategico per il futuro della sanità italiana. È stata evidenziata la necessità di ampliare i programmi di screening oncologico, includendo nuove patologie e anticipando l'età di accesso agli esami preventivi per alcune categorie di popolazione.

È stato sottolineato come la prevenzione rappresenti non soltanto uno strumento sanitario, ma anche una leva di sostenibilità economica. Diagnosi precoci e monitoraggio dei soggetti a rischio permettono infatti di ridurre i costi legati alle fasi avanzate delle malattie, migliorando al tempo stesso la qualità della vita dei pazienti.

Il tema dell'equità è tornato centrale anche in questo ambito, evidenziando le differenze regionali nell'accesso agli screening e nei modelli organizzativi di prevenzione. La richiesta emersa è quella di un sistema sanitario realmente universale, capace di garantire pari opportunità di cura indipendentemente dal territorio di appartenenza.

Longevità, innovazione e nuove sfide sociali

La riflessione finale si è concentrata sul tema della longevità, interpretata non come problema ma come grande conquista sociale e sanitaria. L'invecchiamento della popolazione è stato presentato come un fenomeno che richiede un approccio multidimensionale, capace di integrare salute, inclusione sociale, autonomia, sicurezza e partecipazione attiva.

È stato evidenziato come le persone anziane rappresentino una risorsa per la società e come sia necessario investire in modelli di assistenza capaci di valorizzarne il ruolo sociale, economico e relazionale.

L'innovazione digitale e l'intelligenza artificiale sono state descritte come strumenti con enormi potenzialità, ma anche con rischi legati all'esclusione digitale e alla diffusione di informazioni non sempre affidabili. Per questo motivo è stata ribadita l'importanza di sviluppare modelli inclusivi, capaci di accompagnare tutte le generazioni nella trasformazione tecnologica.

Infine, è stata proposta una riflessione critica sull'evoluzione delle Case della Comunità e dei modelli territoriali previsti dal DM77, sottolineando la necessità di integrare maggiormente tecnologia, telemedicina e organizzazione sanitaria per garantire sostenibilità e reale funzionalità dei servizi territoriali.



Temi emersi

- Necessità di un nuovo modello di sanità territoriale integrata.
- Centralità della presa in carico multidisciplinare del paziente.
- Forte disomogeneità territoriale nell'accesso alle cure e ai centri per le malattie rare.
- Ritardo diagnostico come principale criticità delle malattie rare.
- Ruolo strategico della telemedicina e del fascicolo sanitario elettronico.
- Carenza di personale sanitario specializzato, soprattutto infermieristico.
- Necessità di integrare ospedale, territorio, RSA, hospice e assistenza domiciliare.
- Importanza della riabilitazione precoce e continuativa.
- Cure palliative intese come supporto globale e non solo di fine vita.
- Prevenzione e screening come strumenti fondamentali di sostenibilità sanitaria.
- Crescente impatto della longevità e delle cronicità sul sistema sanitario.
- Opportunità e rischi legati all'intelligenza artificiale e alla sanità digitale.
- Necessità di modelli organizzativi più flessibili e innovativi rispetto ai tradizionali schemi ospedalieri.



Action points

- Rafforzare la medicina territoriale e la presa in carico domiciliare.
- Ridurre le disuguaglianze regionali nell'accesso alle cure e agli screening.
- Potenziare la rete nazionale delle malattie rare e i centri ERN nel Mezzogiorno.
- Accelerare l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico interoperabile.
- Sviluppare piattaforme digitali realmente integrate tra ospedale e territorio.
- Investire nella telemedicina per raggiungere aree interne e pazienti fragili.
- Potenziare l'assistenza domiciliare integrata e i percorsi riabilitativi territoriali.
- Ampliare e uniformare la rete delle cure palliative, comprese quelle pediatriche.
- Anticipare e ampliare i programmi di screening oncologico.
- Incrementare gli investimenti nella prevenzione e nella promozione della salute.
- Formare operatori sanitari e cittadini sulle competenze digitali.
- Creare modelli organizzativi capaci di integrare tecnologia, prossimità e multidisciplinarietà.
- Sviluppare percorsi assistenziali personalizzati centrati sulla qualità della vita del paziente.



CONCLUSIONI

La Mediterranea School 2026 ha confermato il valore del confronto multidisciplinare e interregionale come strumento essenziale per affrontare le sfide future del Servizio Sanitario Nazionale. Le tre giornate di lavoro hanno evidenziato come la sostenibilità del SSN dipenda sempre più dalla capacità di governare la cronicità attraverso modelli organizzativi innovativi, integrazione territoriale, digitalizzazione e accesso equo all'innovazione.

È emersa con chiarezza la necessità di superare frammentazioni e disuguaglianze territoriali, valorizzando al contempo le esperienze virtuose sviluppate nelle regioni del Mezzogiorno. La School ha inoltre ribadito che innovazione tecnologica e innovazione organizzativa devono procedere insieme: nessuna innovazione può produrre reale valore se il sistema sanitario non è preparato ad accoglierla, integrarla e renderla accessibile ai cittadini.

In questo scenario, il Mezzogiorno può rappresentare non soltanto un territorio da sostenere, ma un vero laboratorio nazionale di sperimentazione di nuovi modelli di governance sanitaria, orientati alla prossimità, alla multidisciplinarietà, alla sostenibilità e alla centralità della persona. Le proposte emerse durante la Mediterranea School delineano una roadmap concreta per promuovere un Servizio Sanitario più moderno, inclusivo ed efficace, capace di rispondere alle trasformazioni epidemiologiche, sociali e demografiche dei prossimi anni.



Hanno partecipato:

Ugo Amaldi, Fondazione TERA, CERN

Filippo Anelli, Presidente FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri)

Giuseppina Annicchiarico, Direttore Coordinamento Malattie Rare Puglia

Valerio Aprile, Direttore Distretto Socio Sanitario di Nardò

Roberto Bellotti, Rettore Università di Bari Aldo Moro

Vincenza Bonfiglio, Direttrice UO di Oculistica e della Scuola di Specializzazione della Clinica Oculistica, AOU Policlinico Paolo Giaccone, Palermo

Rossana Boldi, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Francesco Boscia, Professore Ordinario Malattie dell'Apparato Visivo, Università di Bari

Nicola Calabrese, Vice Segretario Nazionale FIMMG

Michela Campo, Dirigente Medico UO Endocrinologia Foggia

Riccardo Candido, Past President AMD (Associazione Medici Diabetologi)

Raffaella Casamassima, Consigliera metropolitana Bari

Alberico Catapano, President Fondazione SISA e Past President EAS

Matteo Marco Ciccone, Direttore del Dipartimento di Cardiologia del Policlinico di Bari

Francesco Colasuonno, Direttore del Dipartimento Servizi Farmaceutici ASL Taranto

Maria Grazia Coluccia, Direttore Amministrativo Ospedale Cardinale IRCCS Cardinale Panico, Tricase

Michele Conversano, Direttore Servizio Igiene e Sanità Pubblica ASL Taranto

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

Michele De Lisa, Direttore f.f Dipartimento prevenzione Salute umana ASP Basilicata

Alessandro Delle Donne, Direttore Generale IRCSS Istituto Tumori Giovanni Paolo II, Bari

Alberto Degiovanni, Medical Physicist - HUG, Hopitaux Universitaires de Genève

Angelo Denisi, Medico Fisiatra reparto riabilitazione post-acuti OSMAIRM Srl

Marina De Tommaso, Presidente SISC (Società Italiana per lo Studio delle Cefalee)

Leonardo Diaferia, Presidente Gruppo ITEL-LinearBeam

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

Maurizio Di Mauro, Direttore Generale Istituto Nazionale Tumori IRCCS G.Pascale



Hanno partecipato:

Giovanni Di Santo, Direttore Generale ASReM Molise

Ernesto Esposito, Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sanitari della Regione Calabria

Silvio Festinese, Coordinatore Responsabile Cardiologia Ambulatoriale Area Ospedale S.Spirito ASL Roma I e Coordinatore Cattedra di Farmacologia International Medical University "Univ Camillus" Rome

Loreto Gesualdo, Professore Ordinario Nefrologia e Direttore SC Nefrologia, Dialisi e Trapianto Policlinico di Bari e Presidente FISM (Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane)

Fabiola Gianotti, già Direttrice Generale, CERN Ginevra

Sandro Giuffrida, Presidente SITI Calabria

Antonio Guerricchio, Presidente Federfarma Basilicata

Giovanna Iacovone, Vice Sindaca della Città di Bari

Angela Ianaro, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Rosario Iannacchero, Responsabile Centro Cefalee a riferimento Regionale Azienda Ospedaliera Universitaria "R. Dulbecco" Catanzaro

Anna M. Kolano, Accelerator and Medical Physicist, Linearbeam

Antonio Laborante, Direttore UOC Oftalmologia Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo

Marco Lacarra, Parlamentare

Donato Lacedonia, Direttore Malattie Respiratorie, AOU Policlinico di Foggia

Cosimo Latronico, Assessore con delega alla salute, politiche per la persona e PNRR Regione Basilicata

Giuseppe Limongelli, Direttore Coordinamento Malattie Rare Campania

Francesco Paolo Lisena, Direzione Medica di Presidio PO Ostuni, ASL Brindisi

Barbara Mangiacavalli, Presidente FNOPI

Massimiliano Maisano, Referente Unico Regionale PNRR Missione 6 e dirigente responsabile gestione degli investimenti assessorato della salute, Regione Siciliana

Raffaella Massafra, Direttore Scientifico IRCCS Giovanni Paolo II, Bari

Tecla Mastronuzzi, Coordinatrice macroarea prevenzione nazionale SIMG

Annamaria Minicucci, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Monique Modugno, Past President Regionale AMD Puglia e Basilicata



Hanno partecipato:

Vito Montanaro, Direttore Dipartimento Promozione della Salute e Benessere animale, Regione Puglia

Gioacchino Nicolosi, Presidente Federfarma Sicilia

Vito Michele Domenico Novielli, Presidente Federfarma Puglia

Mattia Olive, Ricercatore Senior, Osservatorio Longevity & Silver Economy del Politecnico di Milano

Roberto Orecchia, Direttore Scientifico presso IEO - Istituto Europeo di Oncologia, Milano

Michele Picaro, Europarlamentare

Maria Pia Prudenzano, Centro cefalee Clinica Neurologica L. Amaducci AOU Policlinico Bari

Giuseppe Quintavalle, Presidente FIASO

Cristina Randoli, Vice Presidente Alleanza Cefalalgici

Maurizio Ranieri, Professore Associato, Direttore Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa, Dipartimento di Biomedicina Traslazionale e Neuroscienze (DiBraiN), Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Stefano Rossi, Commissario Straordinario dell'ASL Lecce

Antonio Russo, Responsabile Centro Diagnosi e cura delle cefalee e algie facciali Luigi Vanvitelli

Luca Trapanese, Vicepresidente Consiglio Regionale della Campania

Antonio Salvatore, Direttore Dipartimento Salute ANCI

Andrea Santamato, Professore ordinario Medicina fisica e riabilitativa, Università di Foggia

Antonio Sanguedolce, Direttore Generale Policlinico di Bari

Francesco Schittulli, Presidente Nazionale LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori

Paolo Sciattella, Ricercatore EEHTA del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Felice Antonio Spaccavento, Presidente Commissione Sanità, Consiglio Regionale Puglia

Rosella Squicciarini, Presidente Card Puglia

Pasquale Stefanizzi, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina - Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Silvio Tafuri, Professore ordinario di Igiene generale e applicata presso l'Università degli Studi di Bari

Ugo Trama, Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale della Regione Campania

Elisabetta Vaccarella, Vice Presidente del Consiglio Regionale della Puglia



Hanno partecipato:

Matteo Valentino, Segretario Generale Cittadinanzattiva Puglia

Sonia Viale, Osservatorio Innovazione Motore Sanità

Francesco Vitale, Professore Ordinario di igiene Università degli studi di Palermo

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



Progetto realizzato con il contributo incondizionato di:

AMGEN



LinearBeam
PROTONS FOR LIFE



Con il contributo non condizionante
di Philip Morris Italia con

PMI SCIENCE
PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

CSL Seqirus



abbvie



SOLVE
ON.

teva





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