

GOVERNARE IL FUTURO DEL SSN

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

18 - 19 - 20 FEBBRAIO 2026



Claudio Zanon

Direttore Scientifico Motore Sanità

DDL Sanità: una riforma o una promessa? Verso una stagione costituente per la sanità

- Scelta coraggiosa e doverosa
- Neutralità finanziaria: il grande paradosso(prevenzione e tecnologia i main Stones)
- Ospedale–territorio: integrazione senza muscoli
- Nuova classificazione ospedaliera: quali obiettivi
- Standard e appropriatezza:carenza di personale
- MMG e PLS: riforma rinviata
- Digitale: evocato, non guidato
- Manca la parola prevenzione
- Governance da Novecento

DDL Sanità: una riforma o una promessa? Verso una stagione costituente per la sanità

- **Nel DDL manca per ora una vera centralità dell'innovazione digitale e biologica.**
- **Molti punti ripropongono modelli di governance del XX secolo, inadatti a carenza di personale soprattutto infermieristico, transizione demografica e sanità data-driven.**
- **I prossimi anni serviranno per dare concretezza ai decreti delegati con una ampia partecipazione delle camere e degli stakeholder**

Sanità retail e SSN liquido

**Sanità “retail”: lezioni dagli USA e altri paesi europei
e Modello Italia per la prossimità (con Ospedale Virtuale)**

Obiettivo:

**rendere il servizio più semplice e rapido
senza creare una sanità a due velocità.**



Cosa significa retail in sanità

- **accesso facile**
- **tempi brevi**
- **orari estesi**
- **servizi vicino a casa**
- **esperienza più semplice**



Pilastri della sanità retail in USA e altri paesi europei e non

- **cliniche in
farmacia/supermercato/metro/
stazioni**
- **centri urgenze non gravi**
- **medicina “in abbonamento”**
- **catene di studi specialistici**



Vantaggi e criticità

- ✓ accesso rapido per bisogni semplici
- ✓ riduzione di accessi impropri al pronto soccorso
- ✓ maggiore capillarità e orari più larghi
- ⚠ più visite totali → più spesa
- ⚠ rischio di cure non necessarie
- ⚠ frammentazione del percorso (molti “episodi”, poca continuità)
- ⚠ rischio disuguaglianze se cresce la medicina premium
- ⚠ modello non sempre sostenibile economicamente

Italia: perché il tema è urgente

- liste d'attesa
- carenza professionisti
- pronto soccorso sotto pressione
- più cronicità e fragilità
- disuguaglianze regionali

Cosa non fare

- ✗ copiare il modello USA “come mercato”
- ✗ moltiplicare servizi scollegati tra loro
- ✗ remunerare volumi senza controllo dell'appropriatezza
- ✗ lasciare che la comodità sia acquistabile solo pagando

Modello Italia: 4 livelli integrati

1. Farmacia → accesso semplice, prevenzione, primo livello anche per profilazione legata alla prevenzione
2. Casa della Comunità → presa in carico, équipe territoriali (purtroppo poche attive secondo le linee AGENAS e rischio di un modello invecchiato precocemente)
3. Ospedale Virtuale → regia clinica digitale e domiciliarità
4. Ospedale fisico → acuti e complessi (non cronici!)

Modello Italia: 4 livelli integrati

Obiettivo: rete unica, non frammentazione.

Ospedale Virtuale: cosa fa (in pratica)

- monitora pazienti a casa (con strumenti semplici)
- segue post dimissione e cronici
- intercetta peggioramenti precoci
- decide escalation (territorio o ospedale)

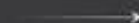
Risultato atteso: meno accessi impropri, meno ricoveri evitabili, più continuità.

WHY CHOOSE CLINIC CONCIERGE?

Elevating health & well-being
through personalized house call
services. A team of medical
experts serving the
communities of Dallas, Fort
Worth, Houston & Austin.

#NOMOREWAITINGROOMS


CLINIC CONCIERGE



BLOCCO SCENARI ITALIA 2026–2030

Scenario 1 (virtuoso): “Prossimità come diritto”

Cosa accade

- Case della Comunità operative con personale farmacie integrate nei percorsi (estremamente difficile!!!!)
- ospedale virtuale diffuso per fragili e post-dimissione
- telemedicina parte del percorso e interoperabile

BLOCCO SCENARI ITALIA 2026-2030

Scenario 1 (virtuoso): “Prossimità come diritto”

Risultati

- meno accessi impropri in pronto soccorso
- riduzione ricoveri evitabili e riammissioni
- maggiore equità territoriale
- cittadino soddisfatto senza pagare di più

Messaggio: comodità = diritto organizzativo.

BLOCCO SCENARI ITALIA 2026–2030

Scenario 2 (intermedio): “Macchia di leopardo”

Cosa accade

- alcune Regioni implementano bene, altre restano indietro
- ospedale virtuale solo “pilota”
- telemedicina non uniforme
- servizi territoriali non sempre collegati

BLOCCO SCENARI ITALIA 2026-2030

Scenario 2 (intermedio): “Macchia di leopardo”

Risultati

- miglioramenti locali
- disuguaglianze aumentano: dipende dal territorio
- il privato cresce dove il pubblico è più debole

Messaggio: si crea una “sanità a CAP”.

BLOCCO SCENARI ITALIA 2026–2030

Scenario 3 (critico): “Doppio binario strutturale”

Cosa accade

- Case della Comunità non funzionano pienamente (soprattutto per carenza personale)
- telemedicina frammentata e non di percorso
- ospedale virtuale non diventa infrastruttura
- il mercato riempie il vuoto (abbonamenti, percorsi premium)

BLOCCO SCENARI ITALIA 2026–2030

Scenario 3 (critico): “Doppio binario strutturale”

Risultati

- aumenta la spesa privata di tasca propria
- cresce la sanità a due velocità
- pronto soccorso e liste d'attesa restano critici
- si erode la fiducia nel Servizio Sanitario

Messaggio: la comodità diventa privilegio (oggi 46 miliardi di out of pocket superiore alla media OCSE mette in dubbio universalismo ed equità)

Cosa deve decidere la politica : il DDL di riforma uno strumento fondamentale

1. garantire un livello minimo di accesso rapido nel pubblico
2. finanziare la presa in carico (non solo le prestazioni: Walmart negli USA ha chiuso le sue walk-in-Clinic, Amazon che ha come ingresso il digitale e si fonda sulla presa in carico si espande)
3. standard operativi per ospedale virtuale e integrazione territorio
4. interoperabilità dei dati (per evitare “silos”): FSE 2.0, ecosistema dei dati sanitari
5. pubblicare indicatori di accesso e risultati (trasparenza) ed estenderli a tutte le regioni: esempio risultato sul no show in Lombardia

Cosa deve decidere la politica : il DDL di riforma uno strumento fondamentale

Per gli Ospedali?

Principi fondanti

- L'ospedale del futuro non è solo edificio: è un sistema.
- Pilastri ricorrenti:
 - intensità di cura come organizzazione stabile
 - processi digitali nativi
 - uso estensivo dei dati clinici in tempo reale
 - riduzione permanenza impropria e migliore continuità post-dimissione



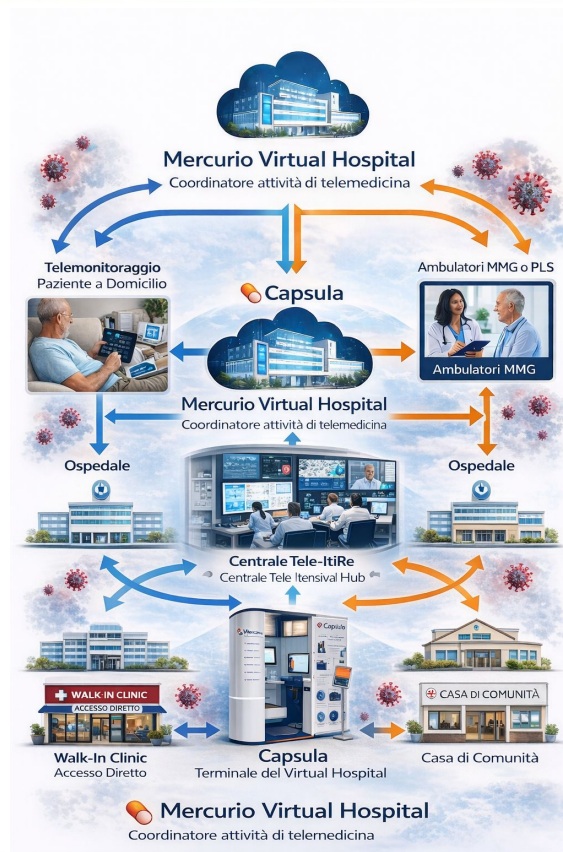
Cosa deve decidere la politica : il DDL di riforma uno strumento fondamentale

Per gli Ospedali?

Tecnologia come "sistema nervoso"

- Non si limita a elencare strumenti:
descrive architettura digitale:
 - EHR unica (cartella clinica elettronica integrata)
 - PACS e imaging integrato
 - telemedicina "strutturata" (non episodica)
 - data layer e indicatori continui di performance







P5 BASSA INTENSITÀ / POST-ACUZIE

COMPITI ASSISTENZIALI

- Riabilitazione Precoce
- Lungodegenza Breve

Riabilitazione Precoce

Telemonitoraggio

P4 MEDIA INTENSITÀ SPECIALISTICA

COMPITI ASSISTENZIALI

- Cardiologia
- Pneumologia
- Neurologia

Cardiologia

Pneumologia

Neurologia

Oncologia Acuta

Teleconsulti Specialistici

P3 AREA ACUTI

COMPITI ASSISTENZIALI

- Medicina
- Chirurgia
- Ortopedia

Medicina

Chirurgia

Ortopedia

Wireless Monitoring

Imaging Intra-operatorio





O ci aggiorniamo o dobbiamo rivedere i confini dell'universalismo o entrambi

