



La sanità italiana non può più essere letta soltanto attraverso la lente delle risorse economiche o delle emergenze contingenti. Per Marco Alparone, vicepresidente della Regione Lombardia e presidente del Comitato di Settore Sanità della Conferenza delle Regioni, il vero terreno su cui si gioca il futuro del Servizio sanitario nazionale è quello della governance: un equilibrio complesso tra autonomia regionale e indirizzo centrale, tra innovazione tecnologica e sostenibilità, tra domanda crescente di salute e capacità organizzativa dei territori. In questa intervista, Alparone affronta i nodi strategici della sanità italiana — dal Dm 77 al ruolo delle professioni, dalla riforma dei modelli territoriali all'Hta, fino al superamento di una logica puramente contabile della spesa sanitaria — delineando una visione in cui la salute diventa sempre più un investimento sistemico e non un costo da comprimere.

Presidente, qual è oggi il ruolo politico del Comitato di Settore Sanità nel rapporto tra Regioni e Governo?

L'ascolto parte dai territori, dove le Regioni intercettano criticità concrete del sistema sanitario e le esigenze reali dei cittadini. Queste informazioni vengono poi trasferite al livello centrale attraverso il Comitato di Settore Sanità, che funge da snodo tra Regioni e Governo. Il Comitato ha un ruolo non solo tecnico ma anche politico, perché media e coordina le diverse posizioni regionali. All'interno di questa filiera istituzionale, le criticità vengono analizzate e rielaborate in chiave sistemica. L'obiettivo è trasformare i problemi emersi nei territori in possibili soluzioni condivise a livello nazionale. In questo modo si favorisce una maggiore coerenza delle politiche sanitarie e un miglior equilibrio tra autonomia regionale e indirizzo centrale.

Il rapporto tra Stato e Regioni sulla sanità è più collaborativo o più conflittuale?

Il rapporto tra Stato e Regioni in sanità è prevalentemente collaborativo, anche se non manca un confronto tra posizioni diverse. La collaborazione è necessaria perché il sistema sanitario richiede decisioni condivise e coordinamento costante. Le differenze emergono soprattutto tra esigenze di uniformità nazionale e autonomia regionale. Questi aspetti vengono affrontati nella Conferenza Stato-Regioni, dove si ricerca una sintesi tra posizioni differenti. In ogni caso, il riferimento centrale resta il servizio ai cittadini, che orienta le scelte e le politiche sanitarie.

Lei ha parlato della necessità di "normare, condividere e programmare": oggi manca una regia nazionale sulla sanità?

Oggi non si può dire che manchi una regia nazionale sulla sanità, forte e solida, ma piuttosto che sia in corso una fase di forte evoluzione. A livello centrale e regionale si sta lavorando a un nuovo approccio alla sanità, più integrato e orientato alla programmazione. Non si parla più solo di strutture e servizi, ma anche di professionisti e competenze, che diventano un elemento centrale del sistema. Questa maggiore complessità richiede non solo interventi finanziari, ma anche un cambiamento culturale e organizzativo. In questo senso, la "regia" esiste, ma è sempre più condivisa e basata su processi di confronto continuo tra i livelli istituzionali.

Il Dm 77/2022 rappresenta una rivoluzione per quanto riguarda l'assistenza sanitaria territoriale. Ma ci sembra che non tutto fili liscio...

Il Decreto Ministeriale 77/2022 rappresenta un cambiamento importante nell'organizzazione dell'assistenza territoriale. Ha avviato un processo di trasformazione

profondo che riguarda modelli, servizi e presa in carico dei cittadini. Come spesso accade nelle riforme strutturali, il cambiamento non è immediato né legato solo a scadenze formali. Si tratta di un percorso complesso che richiede tempo, adattamento organizzativo e capacità di attuazione nei territori. La sfida non è solo finanziaria, ma soprattutto professionale e culturale, perché coinvolge nuovi ruoli e competenze.

Per poter realizzare una sanità realmente di prossimità c'è anche bisogno di puntare sui professionisti del settore. Ma oggi i medici e gli infermieri scarseggiano, che fare?

Per costruire una sanità davvero di prossimità non basta ragionare solo in termini di numero di medici e infermieri, figure fondamentali del nostro Ssn.

La carenza di personale è un dato reale, ma il punto è anche come si organizza e si valorizza l'intero sistema.

Serve un approccio di sistema, in cui tutti gli operatori del Ssn collaborano in modo integrato.

In questo ecosistema rientrano anche i farmacisti e le altre professioni sanitarie, ciascuna con un ruolo specifico.

La sfida è rendere più efficace la collaborazione tra competenze diverse, per garantire continuità e prossimità delle cure.

Oggi si parla sempre più di sanità come investimento e non come costo: cosa deve cambiare concretamente nelle scelte politiche per rendere questo principio una realtà e non solo uno slogan?

Prima delle scelte politiche è necessario partire da una riflessione sul quadro contabile e sugli strumenti di programmazione disponibili. Sono proprio questi strumenti che rendono



possibile tradurre in pratica l'idea della sanità come investimento. Se il sistema contabile diventa un fattore limitante, allora deve essere aggiornato per adattarsi alla visione politica. In questo modo l'indirizzo politico non resta teorico, ma può essere effettivamente attuato. La sfida è quindi rendere coerenti strumenti, risorse e obiettivi, superando una logica puramente di spesa.

Da farmacista, come valuta il ruolo delle farmacie territoriali nell'evoluzione del Servizio sanitario nazionale, soprattutto in termini di prossimità, prevenzione e presa in carico dei pazienti?

Il Ssn sta evolvendo e le farmacie territoriali rappresentano da sempre il primo punto di accesso al sistema sanitario, quindi un elemento chiave di prossimità. In questo senso, la farmacia è già oggi un presidio fondamentale sul territorio, facilmente accessibile dai cittadini. Il suo ruolo si sta ampliando anche sul versante della prevenzione e dell'orientamento ai servizi sanitari. In questo quadro, le farmacie diventano un attore centrale dell'ecosistema salute. La sfida è fare in modo che il sistema nel suo complesso sia in grado di valorizzarle pienamente, nell'interesse dei cittadini e della continuità di cura.

Torniamo al personale. Avete parlato di una "nuova stagione contrattuale": cosa cambia davvero rispetto al passato?

La forte spinta del Pnrr ha sicuramente innescato un periodo di cambiamento che riguarda anche i professionisti della sanità, dentro un nuovo assetto organizzativo del sistema. In questo contesto si inserisce la cosiddetta "nuova stagione contrattuale", che non è solo un rinnovo economico, ma un'evoluzione più ampia.

Una riforma o una nuova organizzazione della sanità può andare davvero a regime solo se i professionisti sono messi nelle

condizioni di integrarsi pienamente nel sistema. Il cambiamento riguarda quindi anche modelli di lavoro, ruoli e responsabilità. L'obiettivo è rendere il sistema più attrattivo, funzionale e coerente con i nuovi bisogni di salute.

Organizzazione e Pnrr: le Regioni viaggiano a velocità differenti, ma i diritti fino a prova contraria sono uguali per tutti i cittadini. Che facciamo?

Non è una gara di chi arriva prima, e questo va ribadito anche nel rispetto del lavoro dei tanti professionisti delle Regioni che ogni giorno si impegnano con grande dedizione. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha assegnato alle Regioni un compito complesso e impegnativo, con obiettivi ambiziosi e tempi sfidanti. È vero che le Regioni possono procedere con velocità diverse, anche per differenze organizzative e di disponibilità di personale. Per questo la sfida si vince insieme, senza classifiche, attraverso cooperazione e supporto reciproco tra livelli istituzionali.

Lei ha definito l'Hta centrale nella governance dell'innovazione, ma anche un processo che deve evolvere nel tempo: come si costruisce un sistema di valutazione che non rallenti l'accesso alle tecnologie ma garantisca sostenibilità?

Un sistema Hta efficace deve essere dinamico e integrato nella governance dell'innovazione, non un filtro che rallenta l'accesso alle tecnologie.

Per questo è necessario definire un perimetro di valutazione strutturato e condiviso, fondato su Kpi uniformi tra i diversi livelli istituzionali. Indicatori validati, replicabili e comparabili consentono infatti di ridurre la variabilità tra territori e decisori, distinguendo in modo coerente indicatori di processo, di risultato e di esito.

L'Health Technology Assessment diventa così uno strumento centrale per misurare non solo il grado di innovazione, ma soprattutto il reale valore d'uso delle tecnologie nel contesto concreto di erogazione dei servizi. L'obiettivo è accompagnare l'intera filiera valutativa fino agli esiti di salute e al benessere della persona, collegando direttamente innovazione, appropriatezza e impatto sul sistema sanitario. Questo approccio consente anche di governare meglio il rapporto tra domanda e offerta, evitando che un ampliamento non regolato dell'offerta produca inappropriata, overuse o utilizzo inefficiente delle risorse. In questo modo si può garantire sostenibilità senza rallentare l'accesso alle tecnologie innovative, ma anzi orientandolo in maniera più appropriata e coerente con il valore generato per il sistema e per i cittadini.

Il meccanismo del payback è stato definito da molti "insostenibile": va superato, riformato o mantenuto con correttivi?

Il meccanismo del payback va sicuramente ripensato, spostandolo da una logica di mero ripiano contabile a una logica di attrattività e competitività del sistema, in particolare industriale. Oggi è percepito soprattutto come uno strumento contabile che non genera effetti positivi sul territorio. Per questo serve superare una visione puramente finanziaria, che rischia di non cogliere le dinamiche reali del sistema. L'obiettivo dovrebbe essere quello di rendere il sistema più sostenibile e al tempo stesso più attrattivo per innovazione e investimenti. In questa prospettiva, il payback va quindi riformato per essere coerente con una strategia



industriale e sanitaria più moderna.

Guardando al suo percorso istituzionale, c'è una decisione o un passaggio che considera chiave per il nostro sistema?

Un passaggio chiave del mio percorso istituzionale riguarda il rafforzamento dell'appropriatezza clinica ed allocativa delle risorse come leva di governo del sistema sanitario, in un'ottica di equilibrio tra domanda e offerta. L'obiettivo è ridurre la variabilità non supportata da evidenze e orientare le decisioni verso interventi basati su evidenze, in grado di rispondere a bisogni reali e misurabili. In questo senso, appropriatezza clinica e allocativa sono strettamente integrate: la prima garantisce la correttezza del percorso di cura, la seconda la sostenibilità delle scelte rispetto alle risorse disponibili. L'integrazione degli strumenti nei processi e l'erogazione delle prestazioni non rappresentano un fine, ma un mezzo per generare valore in termini di esiti di salute, in un sistema in cui risorse ed esiti clinici risultano strettamente interconnessi. Per questo il rapporto tra domanda e offerta resta un elemento cruciale: un ampliamento

dell'offerta non accompagnato da criteri di appropriatezza può generare fenomeni di overuse e overtreatment. Diventano quindi essenziali meccanismi di governo della domanda, supportati da dati, indicatori e strumenti di valutazione, capaci di migliorare l'efficienza della spesa e garantire servizi clinicamente appropriati lungo tutta la continuità assistenziale tra territorio e ospedale. È su questo equilibrio tra domanda, offerta, dati e allocazione delle risorse che si fonda oggi la capacità del sistema di garantire appropriatezza, equità e sostenibilità.

Domanda da un milione di dollari: il Ssn è davvero sostenibile nei prossimi 10 anni senza una riforma strutturale?

Ovviamente sì, e ogni giorno lavoriamo per questo. Il tema non è tanto la sostenibilità in sé, quanto le condizioni per garantirla nel tempo. Sarà probabilmente necessario introdurre nuove misure di adattamento e rafforzamento del sistema. La sfida è evolvere senza perdere i principi di universalità ed equità che lo caratterizzano.

Presidente, se dovesse descrivere con un'immagine o una scena

concreta cosa significa oggi "governare la sanità" dal punto di vista delle Regioni, quale sceglierebbe?

Sceglierei l'immagine di una camminata di montagna in salita, impegnativa ma ben tracciata, con passi costanti e coordinati. È una salita che richiede sforzo continuo, attenzione e capacità di adattamento.

A febbraio 2026 la Conferenza Stato-Regioni ha espresso il suo parere positivo al provvedimento che delega il Governo a riformare entro il 31 dicembre 2026 l'intero sistema delle professioni sanitarie, attraverso uno o più decreti legislativi, con l'obiettivo di rafforzare il Servizio sanitario nazionale, contrastare la carenza di personale, aggiornare competenze e profili professionali e valorizzare il ruolo degli operatori. Uno dei capitoli centrali riguarda la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Il disegno di legge, collegato alla legge di bilancio 2025, è strutturato in tre capi e nove articoli e definisce i principi e criteri direttivi cui dovranno attenersi i decreti attuativi chiamati a dare piena attuazione alla riforma.

CHI È

Marco Alparone è nato a Catania il 12 dicembre 1967. Laureato in Farmacia a Milano, ha prestato servizio militare per due anni come Ufficiale del Corpo Sanitario dell'Esercito Italiano. Di professione farmacista, consigliere dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Milano e Lodi e sindaco del comune di Paderno Dugnano (MI) dal 2009 al 2018. Dal settembre 2014 al 2016 membro del consiglio della Città Metropolitana di Milano, e nel 2018 è stato eletto consigliere della Regione Lombardia. Nel 2019 eletto Presidente della I Commissione - Programmazione e Bilancio e nel gennaio 2021 nominato Sottosegretario con delega alla Delegazione di Bruxelles e Sistema dei controlli. Rieletto Consigliere Regionale nel 2023, nella XII Legislatura è nominato, dal Presidente Attilio Fontana, Vicepresidente e Assessore al Bilancio e Finanza. Nel 2023 è stato eletto presidente del Comitato di settore Regioni-Sanità che si è insediato il 9 maggio 2023.

A quattro anni dall'adozione del Dm 77, la riforma dell'assistenza territoriale procede a rilento, con marcate diseguaglianze regionali, in particolare nell'attivazione e nella piena operatività di Case e Ospedali di Comunità. Lo confermano i dati elaborati dalla Fondazione Gimbe estratti dal report Agenas sul monitoraggio del Dm 77, aggiornati al 31 dicembre 2025. Infatti, al 31 dicembre 2025, solo 66 Case della Comunità (3,9%) risultavano pienamente funzionanti e solo 163 Ospedali di Comunità (27,4%) avevano attivato almeno un servizio, ma nessuno risultava pienamente funzionante.

“ IL PAYBACK VA RIFORMATO PER ESSERE COERENTE CON UNA STRATEGIA INDUSTRIALE E SANITARIA PIÙ MODERNA ”



Peso:16-100%,17-63%,18-65%,19-72%,20-71%,21-68%

Dall'ottava edizione del Rapporto sulla farmacia di Cittadinanzattiva-Federfarma emerge una farmacia sempre più presidio territoriale tra servizi, prevenzione e supporto alla continuità delle cure. Circa 3 farmacie su 4 dispongono di locali separati per erogare servizi specifici. La quota di farmacie che non offre ancora servizi è residuale (circa 1 su 10). È un fenomeno che riguarda prevalentemente le zone rurali rispetto a quelle urbane. Tra le prestazioni più diffuse figurano i test diagnostici rapidi (come glicemia e colesterolo), offerti da quasi otto farmacie su dieci. Per quanto riguarda gli screening, più di un cittadino su quattro ha partecipato a campagne di prevenzione, con un'adesione che aumenta significativamente nelle fasce adulte (sono 4 su dieci nel target tra i 51 e i 74 anni), specialmente per la prevenzione del tumore al colon-retto. Sul fronte delle vaccinazioni e della telemedicina, circa 1 farmacia su 2 somministra il vaccino antinfluenzale. Più di 7 farmacie su 10 effettuano Ecg o monitoraggi con holter cardiaco e pressorio. Ha effettuato un elettrocardiogramma oltre il 20% dei cittadini che hanno risposto al questionario; oltre il 19% ha effettuato un holter pressorio.

Le aziende del settore biomedicale contestano la misura del payback, definendola un rischio per la sopravvivenza di oltre 4.000 imprese, incluse molte piccole e medie imprese, e per la continuità delle forniture agli ospedali. Il Consiglio di Stato ha disposto la sospensione dell'efficacia delle richieste di compensazione del payback 2015-2018 nel marzo 2026, rinviando alla Consulta e fissando l'udienza pubblica al 24 settembre 2026. Il Consiglio di Stato ha inoltre rinviato alla Corte Costituzionale la disciplina del contributo annuale dello 0,75% sul fatturato delle aziende che vendono dispositivi medici al Ssn.

“L'OBIETTIVO È TRASFORMARE I PROBLEMI EMERSI NEI TERRITORI IN POSSIBILI SOLUZIONI CONDIVISE A LIVELLO NAZIONALE”

“UN SISTEMA HTA EFFICACE DEVE ESSERE DINAMICO E INTEGRATO NELLA GOVERNANCE DELL'INNOVAZIONE”

“RENDERE COERENTI STRUMENTI, RISORSE E OBIETTIVI, SUPERANDO UNA LOGICA DI SPESA”

La disponibilità di personale sanitario adeguato non è più considerata soltanto una questione organizzativa, ma una leva strategica per la tenuta e la qualità dei sistemi sanitari europei. È questa la conclusione principale della Relazione “Staffing Levels for European Healthcare” elaborata dal gruppo di esperti sulla valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari (Hspa Expert Group) della Commissione europea, con il supporto dell'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie. Il documento, dedicato ai livelli di personale sanitario nell'Unione europea e in Norvegia, fotografa un cambiamento profondo: i Paesi europei si stanno progressivamente allontanando da modelli basati su rigidi rapporti numerici tra operatori e pazienti, preferendo sistemi più flessibili e adattabili ai bisogni reali delle popolazioni e dei territori. Secondo il rapporto, i sistemi sanitari funzionano meglio quando il numero e la combinazione di professionisti della salute sono adeguati, distribuiti correttamente e disponibili nel momento necessario. Gli ospedali rimangono il principale ambito in cui vengono applicati rapporti numerici e standard di personale, grazie a contesti organizzativi più strutturati e carichi di lavoro più facilmente misurabili. Diversa la situazione dell'assistenza primaria e territoriale. Qui i Paesi tendono a evitare rapporti rigidi, preferendo modelli multidisciplinari e flessibili che consentano di adattare ruoli e carichi di lavoro alla disponibilità effettiva di professionisti e ai bisogni della popolazione locale. Secondo il documento, proprio la medicina territoriale risulta “particolarmente inadatta” all'applicazione di standard rigidi, soprattutto in un contesto segnato da carenze di personale e forti differenze regionali. La programmazione del personale sanitario viene considerata uno strumento ancora sottoutilizzato.

