Epistemologia della Sostenibilità Farmaceutica: Il Monitoraggio della Spesa e la Salvaguardia dell’Alleanza Terapeutica nella Medicina Centrata sulla Persona

Vito Galante[1]

Abstract

Pharmaceutical expenditure management in modern healthcare systems faces a structural tension between macroeconomic cost containment and the clinical necessity of personalized care. Traditional governance frameworks rely heavily on rigid spending caps, regulatory prescribing notes, and financial payback mechanisms. However, when these instruments operate within a reductionist disease-centered model, they frequently disrupt the therapeutic relationship, foster defensive prescribing, and induce non-adherence. This report analyzes the integration of Giuseppe R. Brera’s Person-Centered Medicine (PCM) paradigm—developed at the Milan School of Medicine of Ambrosiana University—into the governance of pharmaceutical expenditure. By shifting from a deterministic bio-molecular paradigm to an interactionist model based on the Relativity of Biological Reactions, Psychoneuroendocrineimmunology (PNEI), and Relational Epigenetics, PCM demonstrates that safeguarding the alliance of trust between physician and patient is not an added cost, but the primary determinant of prescriptive appropriateness and long-term economic sustainability. The Person-Centered Clinical Method (PCCM) and its diagnostic process (“Diacrisis”) provide a maieutic framework that converts compliance into autonomous patient adherence, optimizing resource allocation while upholding human dignity.

Epistemologia della Sostenibilità Farmaceutica: Il Monitoraggio della Spesa e la Salvaguardia dell'Alleanza Terapeutica nella Medicina Centrata sulla Persona

Keywords: Person-Centered Medicine, Giuseppe R. Brera, Pharmaceutical Expenditure Control, AIFA Spending Caps, Therapeutic Alliance, Relational Epigenetics, Person-Centered Clinical Method.

Introduzione ed Epistemologia Clinica: La Transizione dal Riduzionismo Biomedico alla Medicina Centrata sulla Persona

Il governo della spesa farmaceutica nei sistemi sanitari contemporanei si trova storicamente immerso in un'apparente contraddizione irrisolvibile tra la necessità macroeconomica di garantire la sostenibilità finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'esigenza clinica di offrire risposte terapeutiche personalizzate ed efficaci[1]. Tale tensione deriva principalmente dall'adozione implicita del modello biomedico positivista e riduzionista fondato da Claude Bernard, il quale concepisce la malattia come una mera alterazione meccanicistica e lineare dei parametri biologici e la terapia come un intervento quantitativo standardizzato volto a reprimere il sintomo o il biomarcatore alterato[3]. In questa prospettiva riduzionista, l'atto prescrittivo viene concettualizzato come una transazione meramente tecnica, e il controllo economico si traduce in vincoli burocratici diretti a limitare la quantità di farmaci erogati[5]. Tale approccio ignora la complessità sistemica della natura umana, riducendo il paziente a un ricettore passivo di molecole e il medico a un esecutore prescrittivo sottoposto a controllo amministrativo[3].

La rivoluzione epistemologica avviata nel 1999 dal Professor Giuseppe R. Brera presso l'Università Ambrosiana e la Scuola Medica di Milano propone il definitivo superamento di questo riduzionismo attraverso la teorizzazione del paradigma della Medicina Centrata sulla Persona (PCM)[3]. La PCM si fonda sulla teoria della "Relatività delle Reazioni Biologiche" (RBR), formulata da Brera nel 1996, la quale dimostra il fallimento scientifico del modello deterministico stimolo-risposta[5]. Secondo la RBR, le reazioni biologiche dell'organismo

umano non sono determinate in modo assoluto dal solo agente eziologico o farmacologico, ma sono "qualitativamente indeterminate" e vincolate all'interazione determinata tra la costituzione biologica, il vissuto psicologico, l'interpretazione soggettiva dell'esperienza e le variabili esistenziali e spirituali del soggetto[3].

La transizione epistemologica promossa dalla Medicina Centrata sulla Persona ridefinisce i presupposti dell'atto prescrittivo procedendo su diversi assi concettuali:

- Dalla determinazione biologica lineare all'interazionismo sistemico: Il modello bernardiano assume che a una dose D di farmaco corrisponda una risposta biologica R costante; la RBR dimostra che la risposta R è una funzione complessa dell'interazione tra la molecola, lo stato psiconeuroendocrinoimmunologico dell'ospite e il contesto relazionale dell'atto clinico[5].
- Dalla centralità della patologia alla priorità della persona: La clinica riduzionista subordina la persona alla malattia (modello *disease-centered*); il paradigma di Brera subordina la malattia alla persona, considerando la patologia come un'alterazione della dinamica allostatica ed esistenziale del soggetto[3].
- Dalla conformità coatta alla responsabilità teleonomica: Il controllo prescrittivo tradizionale cerca di imporre la decisione terapeutica dall'esterno; il Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM) integra la dimensione maieutica e kairologica, promuovendo la consapevolezza e l'adesione autonoma del paziente al proprio progetto di salute[3].

Dal punto di vista clinico e scientifico, il paradigma ideato da Brera reintegra la biologia all'interno di un modello tripartito unitario (corpo, mente e spirito), ampiamente supportato dalle scoperte della Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), dell'Allostasi e dell'Epigenetica Relazionale e Morale[3]. La salute viene definita come un processo dinamico e semiologico di adattamento creativo e di autorealizzazione teleonomica[3]. Di conseguenza, l'efficacia del farmaco non dipende esclusivamente dalla sua affinità recettoriale in vitro, ma

dall'integrazione di tale molecola nella risposta allostatica globale della persona, la quale è profondamente modulata dalla qualità della relazione clinica e dal significato esplicativo che il paziente attribuisce al proprio percorso di cura[2].

Il Quadro Regolatorio ed Economico del Monitoraggio della Spesa Farmaceutica in Italia

Per comprendere l'impatto della regolazione economica sull'atto medico, è necessario esaminare i meccanismi istituzionali con cui l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e le Regioni governano la spesa farmaceutica[1]. L'architettura del controllo economico si articola su quattro pilastri fondamentali: la definizione di tetti di spesa programmata rispetto al Fondo Sanitario Nazionale (FSN), il monitoraggio continuo dei flussi prescrittivi territoriali e ospedalieri, l'assegnazione di budget aziendali alle industrie titolari di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) e il sistema di ripiano degli sfondamenti tramite *payback*[1].

La normativa finanziaria recente ha costantemente rimodulato la ripartizione tra i due principali tetti di spesa farmaceutica: la spesa farmaceutica convenzionata (i farmaci erogati tramite le farmacie aperte al pubblico ed espressi in percentuale del FSN) e la spesa per acquisti diretti (comprendente i farmaci acquistati dalle strutture ospedaliere e dalle ASL, inclusa la Distribuzione Per Conto – DPC)[12].

Strumento di Governance / Indicatore	Inquadramento Normativo e Parametri (2024-2026)	Impatto Clinico e sulla Prescrizione	Criticità Epistemologica ed Economica

Tetto Spesa Acquisti Diretti (Ospedaliera e DPC)	Fissato all'8,50% del FSN dal 2024, incrementato dello +0,30% a decorrere dal 2026[13].	Tendenza a trattenere la gestione dei farmaci ad alto costo nelle strutture centralizzate, limitando l'autonomia prescrittiva territoriale[13].	Sfondamenti strutturali di spesa (oltre 4,2 miliardi nei primi 10 mesi del 2025), compensati con payback aziendali ma generatori di rigidità erogativa[16].
Tetto Spesa Convenzionata (Territoriale)	Fissato al 6,80% del FSN per il 2024, con un incremento dello +0,05% dal 2026[13].	Spostamento dei farmaci a maggiore tollerabilità ed efficacia dal prontuario PHT alla fascia A convenzionata[13].	Avanzo strutturale di spesa convenzionata (oltre 460 milioni nel 2025) a fronte dello sfondamento degli acquisti diretti[16].
Note AIFA e Limiti di Rimborsabilità	Strumenti di regolamentazione volti a limitare la rimborsabilità SSN a specifiche sotto-popolazioni di pazienti[17].	Introduzione di paletti burocratico-amministrativi alla libertà prescrittiva del Medico di Medicina Generale (MMG)[6].	Rischio di frammentazione dell'alleanza terapeutica e insorgenza di contenzioso burocratico tra medico e paziente[6].
Riclassificazione PHT e Prossimità Terapeutica	Aggiornamento annuale AIFA ex art. 1 co. 224 L. 213/2023 per il passaggio da A-PHT a Fascia A[13].	Ritorno sul territorio di farmaci per patologie croniche (es. insuline ad azione lenta, gliflozine)[13].	Riduzione dei costi indiretti per il paziente (55-245 €/anno pro capite) e riduzione dell'impronta carbonica[16].

Il continuo sfondamento del tetto per gli acquisti diretti, registrato nei bilanci sanitari con scostamenti superiori a 4,2 miliardi di euro, evidenzia il fallimento strutturale della sola leva

contenitiva contabile[16]. L'asimmetria registrata tra l'avanzo della spesa convenzionata e il disavanzo drammatico degli acquisti diretti ha spinto il legislatore a promuovere operazioni di riclassificazione del Prontuario della Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio (PHT), trasferendo molecole cruciali per il trattamento delle patologie croniche dalla distribuzione diretta ospedaliera alla farmacia sotto casa in regime convenzionale[13].

Tuttavia, se tali manovre distributive non vengono accompagnate da un reale cambiamento di paradigma prescrittivo centrato sulla persona, esse rischiano di traslare unicamente la sede contabile del costo senza risolvere il problema della discrepanza tra reale necessità clinica, aderenza terapeutica e appropriatezza d'uso[2].

La Tensione Tra Vincoli Prescrittivi (Note AIFA) e la Salvaguardia del Rapporto di Fiducia

A livello micro-prescrittivo, lo strumento di controllo della spesa più pervasivo è rappresentato dalle Note AIFA[17]. Nate originariamente come linee guida per definire gli ambiti di rimborsabilità dei farmaci a carico del SSN sulla base di prove di efficacia scientifica, le Note si sono progressivamente trasformate in stringenti dispositivi amministrativi e medico-legali[6]. Il medico prescrittore, e in particolare il Medico di Medicina Generale (MMG), si trova quotidianamente incastrato in un profondo conflitto etico e scientifico: da un lato l'obbligo deontologico di erogare la cura più idonea alla singolarità della persona che ha di fronte; dall'altro il vincolo normativo che sanziona la prescrizione fuori Nota come danno erariale[6].

Tale architettura sanzionatoria produce distorsioni sistemiche di notevole gravità nel rapporto di fiducia tra medico e paziente:

Il tempo della visita clinica, anziché essere dedicato all'ascolto maieutico del vissuto del paziente e alla comprensione del suo contesto biologico e sociale, viene assorbito dalla

compilazione burocratica di schemi amministrativi, piani terapeutici complessi e verbali di esenzione[5]. Questa saturazione burocratica degrada l'atto clinico a un adempimento procedurale, privando il medico della possibilità di cogliere la domanda esplicita e implicita di significato che accompagna l'insorgenza della malattia[3].

Quando l'indicazione clinica suggerirebbe l'impiego di una determinata molecola la cui rimborsabilità è sbarrata da una Nota AIFA per mancanza di uno specifico parametro di laboratorio, il medico è costretto a negare il farmaco in regime pubblico o a proporne l'acquisto a carico del cittadino (*out-of-pocket*)[6]. Questo posiziona il medico non più come una guida fidata al fianco del paziente, ma come un "guardiano delle casse dello Stato", generando sentimenti di sfiducia, ansia e risentimento che compromettono la relazione di cura[3].

Per evitare contenziosi burocratici o sanzioni amministrative da parte delle Aziende Sanitarie, molti medici tendono a rifugiarsi nella prescrizione difensiva o, all'opposto, nell'inerzia clinica, evitando di intraprendere percorsi terapeutici complessi ma necessari per la salute della persona[2]. Giuseppe R. Brera denunzia questa deriva definendola "Skinnerizzazione" della medicina: una riduzione comportamentista del medico e del paziente a soggetti condizionati da premi e punizioni contabili, impoveriti della loro dignità etica, affettiva e razionale[3].

La perdita di fiducia nella relazione terapeutica genera costi economici diretti e sommersi[2]. Il paziente che avverte il medico come un esecutore burocratico perde la motivazione ad aderire al piano terapeutico, abbandona la terapia o cerca risposte frammentate e ridondanti presso specialisti differenti, determinando un incremento incontrollato di analisi strumentali, visite ripetute e accessi inappropriati ai servizi di emergenza[2].

Epigenetica Relazionale, Allostasi e l'Impatto Economico Reale del Disallineamento Clinico: Insights di Secondo e Terzo Ordine

Per valutare la sostenibilità economica del sistema sanitario è necessario superare la logica del bilancio a breve termine e analizzare i meccanismi biologici e comportamentali di secondo e terzo ordine che legano la relazione clinica alla spesa pubblica[2].

L'epistemologia della Medicina Centrata sulla Persona e i dati empirici dell'Epigenetica Relazionale e Morale documentano come l'interazione umana non sia un semplice elemento di contorno "umanistico", ma un fattore biologico favorente o inibente la salute organica[3]. Quando la relazione medico-paziente è vissuta in un clima di incertezza, conflitto o sfiducia burocratica, la risposta psicofisica del paziente attiva una reazione di stress cronico[3]. Attraverso gli assi della PNEI (l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il sistema nervoso simpatico), questo stato emotivo altera la carica allostatica, promuovendo la secrezione continua di cortisolo e citochine pro-infiammatorie[3].

A livello epigenetico, come dimostrato dalle ricerche sull'epigenetica relazionale formulate nel contesto della Scuola Medica di Milano, la percezione di isolamento, la mancanza di alleanza terapeutica e la sfiducia nelle cure alterano la metilazione del DNA e le modificazioni istoniche, riducendo l'espressione di geni protettivi e incrementando la vulnerabilità alle patologie cronico-degenerative, oncologiche e infettive[3].

L'impatto economico secondario e terziario di questo circolo vizioso biologico-comportamentale evidenzia come la repressione prescrittiva isolata produca una cascata di disfunzioni cliniche ed economiche:

Dimensione di Analisi	Meccanismo Clinico e Biologico (PCM)	Ricaduta Economico-Sanitaria di 2° e 3° Ordine
Aderenza Terapeutica e Modello Autonomico	Il Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM) trasforma la *compliance* coatta in aderenza consapevole ed esistenzialmente motivata[5].	Riduzione del fenomeno del *waste* farmaceutico (farmaci acquistati e mai assunti, stimati fino al 50% nelle patologie croniche)[2].
Resilienza e Carico Allostatico	La creazione del "Campo Antropico" e della fiducia relazionale riduce la percezione del pericolo e modula le risposte PNEI infiammatorie[3].	Minore frequenza di riacutizzazioni patologiche (es. scompensi cardiaci, crisi asmatiche) e conseguente crollo dei ricoveri ospedalieri inappropriati[3].
Inerzia Clinica vs. Diacrisi	L'applicazione della "Diacrisi" permette di discernere la vera causa della sofferenza prima di prescrivere farmaci di seconda o terza linea ad alto costo[3].	Eliminazione della polifarmacia difensiva e riduzione delle reazioni avverse a farmaci (ADR), che rappresentano una delle prime cause di ricovero ospedaliero[5].
Prevenzione Esistenziale ed Epigenetica Morale	Promozione di stili di vita orientati al significato personale e alla maturità etico-affettiva (particolarmente nell'adolescente)[3].	Riduzione a lungo termine dell'incidenza di patologie legate a distress psico-sociale (depressione, sindromi metaboliche, autoimmunità)[3].

Il paradosso del contenimento contabile cieco risiede dunque nel fatto che l'irrigidimento delle Note AIFA e dei tetti prescrittivi, impoverendo l'alleanza terapeutica, genera una caduta drastica dell'aderenza e un aumento dello stress sistemico nel paziente[2]. Ciò si traduce in un fallimento terapeutico biologico che costa al sistema sanitario significativamente di più rispetto al presunto risparmio ottenuto dal mancato consumo del singolo farmaco[2].

Il Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM) e la Diacrisi come Strumenti di Appropriatezza Prescrittiva e Sostenibilità

Per risolvere la dicotomia tra economia e clinica, la Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana, sotto la guida del Prof. Giuseppe R. Brera e con il contributo clinico e didattico ei suoi docenti, ha sviluppato e insegnato il Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM)[3]. Il PCCM non costituisce un'alternativa al metodo clinico tradizionale, ma una sua evoluzione integrativa scientificamente fondata[5].

Il PCCM si struttura operativamente attorno alla fase della Diacrisi (dal greco *diakrisis*, discernimento), un processo maieutico ed ermeneutico che consente al medico di esplorare la sofferenza della persona nella sua totalità somatopsichica e spirituale[3]. Il percorso clinico della Diacrisi si articola attraverso una sequenza metodologica rigorosa:

La relazione si apre con la costituzione dell'effetto antropico, determinato dall'attitudine affettiva, empatica e accogliente del medico[5]. Questa predisposizione relazionale annulla la percezione di minaccia nel paziente, riduce l'attivazione simpatica dell'asse dello stress e instaura un clima di fiducia immediata che predispone l'organismo alla risposta terapeutica[3].

La diagnosi centrata sulla persona non si limita alla rilevazione dei sintomi o alla catalogazione nosografica delle patologie (i "problemi"), ma mappa in modo sistematico le "risorse" biologiche, psicologiche, familiari ed esistenziali del soggetto tramite il modello CROSS[5]. Il farmaco non viene prescritto come risposta esaustiva o sostitutiva dell'adattamento, ma come strumento mirato volto a sostenere le risorse allostatiche e di autoguarigione dell'organismo[3].

Il piano terapeutico non viene imposto unilateralmente, ma concordato attraverso un processo maieutico di pattuizione[5]. Quando la persona comprende la teleonomia del

trattamento — ossia il significato del percorso curativo in relazione al proprio progetto di vita —, la prescrizione farmacologica cessa di essere percepita come un obbligo burocratico e diventa una scelta responsabile e condivisa[2]. Ciò garantisce livelli di aderenza terapeutica straordinariamente elevati, azzerando gli sprechi legati alla mancata assunzione dei farmaci[2]. L'efficacia di questo metodo è stata documentata da ricerche condotte presso l'Università Ambrosiana. Un'indagine del 2003 ha mostrato che l'applicazione del PCCM ha portato a una migliore comprensione dei pazienti nel 95% dei casi, un miglioramento della qualità della vita nel 75%, e una riduzione significativa del 70% nell'uso di esami tecnici e prescrizioni farmacologiche inutili . Inoltre, si è registrato un calo del 55% nelle ospedalizzazioni non necessarie, a fronte di un aumento della soddisfazione professionale dei medici che, sebbene dedichino più tempo alla relazione, vedono i propri atti clinici diventare più risolutivi e umani [2].

Nelle discipline ad elevata complessità relazionale, come l'Adolescentologia e la Medicina dell'Adolescenza — teorizzate da Brera nel 1983 e sviluppate applicativamente dal Decalogo dell'Adolescentologo di Galante e Porta —, l'adozione del PCCM ha dimostrato un'efficacia decisiva nel prevenire la cronicizzazione dei disturbi somatoformi e le derive comportamentali a rischio[3]. Evitando la prescrizione inappropriata di psicofarmaci o trattamenti sintomatici riduzionisti, il PCCM nell'adolescente protegge la maturazione epigenetica e neurobiologica del giovane, traducendosi in un risparmio sanitario ed economico incalcolabile nel medio e lungo periodo[3].

Proposte Operative per una Governance Farmaceutica Centrata sulla Persona

Alla luce delle evidenze epistemologiche, economiche e cliniche analizzate, emerge l'esigenza di riformare le modalità di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica nel Servizio Sanitario Nazionale, superando la logica punitiva o meramente contabile per abbracciare un modello di governance guidato dai principi della Medicina Centrata sulla

Persona[1].

Le linee di azione strategica per una nuova governance prescrittiva si articolano su quattro livelli interconnessi:

Le Note AIFA devono evolvere da vincoli burocratici rigidi a strumenti di decisione clinica guidata e condivisa. La rimborsabilità di un farmaco a carico del SSN non deve basarsi esclusivamente sul superamento di una soglia di laboratorio estrinseca, ma deve integrare parametri di aderenza attesa e indicatori di qualità della vita (*Person-Centered Outcome Measures* – PCOMs) rilevati dal medico attraverso l'applicazione del PCCM[5].

Le asimmetrie di bilancio tra l'avanzo della spesa convenzionata e lo sfondamento degli acquisti diretti dimostrano la necessità di unificare i tetti finanziari in un unico *budget di salute della persona*[15]. La riclassificazione dei farmaci ad alta tecnologia o per patologie croniche dalla Distribuzione Diretta ospedaliera alla farmacia di prossimità in regime convenzionato (come realizzato per le insuline e le gliflozine) deve essere accelerata, valorizzando il ruolo del farmacista di comunità nel monitoraggio dell'aderenza sotto la guida clinica del MMG[13].

Ai sensi del paradigma formulato da Brera, il tempo dedicato all'ascolto, alla Diacrisi e alla pattuizione terapeutica deve essere formalmente riconosciuto come tempo di cura e di appropriatezza prescrittiva[3]. Investire nella durata e nella qualità della visita clinica riduce drasticamente le prescrizioni difensive, gli esami strumentali ridondanti e il ricorso improprio a molecole di seconda o terza linea ad alto costo[2].

La formazione dei medici di medicina generale, dei medici specialisti e dei dirigenti delle Aziende Sanitarie presso centri di eccellenza come la Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana rappresenta la leva fondamentale per la sostenibilità futura del sistema[3]. Un medico istruito al Metodo Clinico Centrato sulla Persona possiede le

competenze epistemologiche e metodologiche necessarie per praticare una medicina ad altissima appropriatezza, capace di coniugare l'eccellenza clinica con la tutela responsabile delle risorse pubbliche[3].

Conclusioni

Il controllo e il monitoraggio della spesa farmaceutica non possono più essere delegati a automatismi burocratici che impoveriscono la medicina e alienano la relazione tra il medico e la persona assistita[3]. La pretesa di governare i bilanci sanitari attraverso tagli lineari, tetti rigidi e l'applicazione punitiva delle Note AIFA genera contenimenti apparenti a breve termine, ma innesca una cascata di inefficienza biologica e comportamentale — misurabile attraverso la non-aderenza, l'aumento del carico allostatico PNEI, la deriva epigenetica negativa e il ricorso difensivo alla polifarmacia — che finisce per destabilizzare la sostenibilità finanziaria complessiva del sistema sanitario[2].

Il paradigma della Medicina Centrata sulla Persona, fondato dal Professor Giuseppe R. Brera e sviluppato presso la Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana, fornisce la risposta epistemologica e clinica a questa crisi strutturale[3]. Dimostrando che la salute è il risultato dell'interazione determinata e qualitativamente indeterminata tra biologia, vissuto psicologico e ricerca di significato esistenziale, la PCM posiziona la salvaguardia dell'alleanza di fiducia non come un costo aggiuntivo, ma come il principale garante scientifico ed economico dell'appropriatezza prescrittiva[3].

L'applicazione sistematica del Metodo Clinico Centrato sulla Persona e della Diacrisi consente di superare definitivamente la contrapposizione tra etica della cura e rigore economico[3]. Riconoscere la dignità irriducibile della persona e tutelare il rapporto di fiducia clinica significa trasformare la spesa farmaceutica da risorsa dissipata in un investimento ad alto rendimento biologico e sociale, realizzando una sintesi indissolubile tra la scienza medica, l'umanesimo clinico e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale[2].

Bibliografia

1. Agenzia Italiana del Farmaco. Governo spesa farmaceutica [Internet]. Roma: AIFA; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.aifa.gov.it/governo-spesa-farmaceutica
2. Reach G. Simplistic and complex thought in medicine: the rationale for a person-centered care model as a medical revolution. Patient Prefer Adherence. 2016 Apr 5;10:449-57. Disponibile su: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/PPA.S103007
3. Galante V. La medicina centrata sulla persona e l'epopea della conoscenza: l'integrazione tra il paradigma di Giuseppe R. Brera e la visione dantesca nella scienza medica contemporanea [Internet]. Comitato Sanitario Nazionale; 2024 jul 21 [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.adolescentologiaonline.it/2026/07/21/la-medicina-centrata-sulla-persona-e-lepopea-della-conoscenza-lintegrazione-tra-il-paradigma-di-giuseppe-r-brera-e-la-visione-dantesca-nella-scienza-medica-contemporanea/
4. Brera GR. La medicina centrata sulla persona [Internet]. ResearchGate; 2014 [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.researchgate.net/publication/268799611_LA_MEDICINA_CENTRATA_SULLA_PERSONA
5. Università Ambrosiana. Person-Centered Medicine: Theory, Teaching and Research [Internet]. Milano: Università Ambrosiana; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.unambro.it/html/pdf/Person%20Centered%20Medicine%20theory.teaching%20and%20research.pdf
6. Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG). Indagine 95884 'Sondaggio in collaborazione DoxaPharma-Fimmg' [Internet]. FIMMG; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://fimmg.org/it/3149/
7. Google Scholar. Giuseppe R. Brera – Profilo citazioni [Internet]. Google Scholar; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://scholar.google.com/citations?user=eBmMvEkAAAAJ&hl=it
8. Brera GR. Epigenetica Relazionale e Morale: La Rivoluzione del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona della Scuola Medica di Milano [Internet].

ResearchGate; 2024 [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.researchgate.net/publication/408491470_Epigenetica_Relazionale_e_Morale_La_Rivoluzione_del_Paradigma_della_Medicina_Centrata_sulla_Persona_della_Scuola_Medica_di_Milano

9. Università Ambrosiana News. Medicina centrata sulla persona [Internet]. Milano: Università Ambrosiana; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.universitaambrosiananews.it/medicina-centrata-sulla-persona/
10. Person-Centered Medicine Department. Il cambiamento di paradigma della medicina e del concetto di salute [Internet]. Milano: Università Ambrosiana / World Society of Person-Centered Medicine; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.person-centeredmedicine.it/
11. Regione Puglia. Deliberazione della Giunta Regionale 17 giugno 2024, n. 848: Determinazione Tetti di spesa, di cui all'art. 1, co. 398, L. 232/2016. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP) [Internet]. 2024 jul 22 [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/2506156/DEL_848_2024.pdf/34ef9e6b-9ffe-e602-a4c2-9a0148b0ecde?version=1.0&t=1721637179365
12. Quotidiano Sanità. Manovra. Il testo del maxiemendamento del Governo. Cresce fondo sanitario, più soldi per vaccini e farmaci Covid, nuovi tetti per la farmaceutica e più contratti per specializzazioni mediche [Internet]. Quotidiano Sanità; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/manovra-il-testo-del-maxiemendamento-del-governo-cresce-fondo-sanitario-pi-soldi-per-vaccini-e-farmaci-covid-nuovi-tetti-per-la-farmaceutica-e-pi-contratti-per-specializzazioni-mediche-ecco-tutte-le-m/
13. Italia. Legge 30 dicembre 2023, n. 213: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026. In: Ordine dei Farmacisti della Provincia di Firenze [Internet]. [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://ordinefarmacistifirenze.it/legge-30-dicembre-2023-n-213-bilancio-di-previsione-dello-stato-per-lanno-finanziario2024-e-bilancio-pluriennale-per-il-triendisposizioni-di-interesse-in-ambito-sanitarionio-2024-2026/

14. Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Manovra. Ok anche dalla Camera, il testo ora è legge. Oltre 6 miliardi in più per la sanità. Dalle assunzioni ai nuovi tetti [Internet]. Roma: OMCeO Roma; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.ordinemediciroma.it/download/oggetto_comunicati_stampa/304/266955440O__Omanovra-in-materia-sanita-26.pdf
15. Osborne Clarke. Sanità nella Legge di Bilancio 2026 [Internet]. Osborne Clarke Insights; 2026 [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.osborneclarke.com/it/insights/sanita-nella-legge-di-bilancio-2026
16. Fortune Italia. La riforma della distribuzione farmaceutica riporta le terapie croniche sul territorio [Internet]. Fortune Italia; 2026 jul 10 [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.fortuneita.com/2026/07/10/la-riforma-della-distribuzione-farmaceutica-riporta-le-terapie-croniche-sul-territorio/
17. Agenzia Italiana del Farmaco. Documento programmatico / AIFA – Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Farmacisti [Internet]. Roma: AIFA; 2018 [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.aifa.gov.it/documents/20142/0/documento-programmatico-MMG-PLS-F-2018.pdf
18. Aprire Network. Percorso di qualificazione professionale: Manuale [Internet]. Aprire Network; 2016 jan [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2016/01/CA_Manuale.pdf
19. Scribd. La Guardia Medica 2019 [Internet]. Scribd; 2019 [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://it.scribd.com/document/477490633/La-Guardia-Medica-2019-pdf
20. Università Ambrosiana News. Archivi tag: Adolescenza [Internet]. Milano: Università Ambrosiana; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.universitaambrosiananews.it/tag/adolescenza/
21. Adolescentologia Online. Categoria: Giuseppe R. Brera – Adolescentologia e medicina dell'adolescenza [Internet]. Adolescentologia Online; [citato il 1 ago 2026]. Disponibile su: https://www.adolescentologiaonline.it/category/giuseppe-r-brera-2/

[1] Vito Galante è docente presso la Scuola Medica di Milano e il Dipartimento di Adolescentologia dell'Università Ambrosiana. Ricopre attualmente la carica di Direttore del Comitato Sanitario Nazionale, di Vice-Presidente della Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza (SIAd), di Vice- Presidente della World Society of Person-Centered Medicine di cui è Presidente della delegazione Europea.

La sua attività di ricerca e coordinamento si declina nella direzione di due importanti realtà scientifiche:

- Il Laboratorio di ricerca in Counselling medico dell'adolescente presso la Scuola Medica di Milano;
- Il Laboratorio di genitorialità creativa dell'Accademia Genitori.

Autore di numerose pubblicazioni scientifiche dedicate alla Medicina centrata sulla persona e all'adolescentologia clinica, il suo contributo alla disciplina è stato riconosciuto nel 2025 ad Assisi con il conferimento del Premio Internazionale di Adolescentologia "Leroy Travis".
vgalante@unambro.it- vgalante@adolescentologia.it

[2] Brera GR. & ITFOP Person-centered clinical Method and its teaching Pers Cent Med Int J [Internet]. 2025 Nov 10;XV:ID1. ©2023. Available from: http://www.personcenteredmedicinejournal.itISSN: 2037-5522

How useful was this post?

Epistemologia della Sostenibilità Farmaceutica: Il Monitoraggio della Spesa e la Salvaguardia dell'Alleanza Terapeutica nella Medicina Centrata sulla Persona

Click on a star to rate it!

Submit Rating
Average rating 0 / 5. Vote count: 0

No votes so far! Be the first to rate this post.

As you found this post useful…

Follow us on social media!