



ACCADEMIA NAZIONALE DEI LINCEI

---

CONVEGNO

## LA CRISI DEI SERVIZI SANITARI UNIVERSALISTICI: PAESI A CONFRONTO

21 FEBBRAIO 2025

*Comitato ordinatore:* Elena CATTANEO (Lincea, Università di Milano), Francesco LONGO (Università Bocconi, Milano), Massimo LUCIANI (Linceo, Sapienza Università di Roma), Carlo PATRONO (Linceo, Università Cattolica, Roma), Paolo VINEIS (coordinatore, Linceo, Imperial College London), Ignazio VISCO (Linceo, Governatore onorario della Banca d'Italia).

### PROGRAMMA

Vi sono segnali di crisi dei servizi sanitari pubblici in diversi paesi europei. In Italia, il valore del Fondo Sanitario Nazionale, basato sulla fiscalità generale, è sostanzialmente inferiore alla percentuale di PIL investita nella maggior parte dei sistemi sanitari europei che si fondano sui principi di solidarietà e giustizia distributiva, anche se l'Italia ha la più alta prevalenza di anziani in Europa (il 24% della popolazione ha più di 65 anni). La situazione di sofferenza del servizio sanitario pubblico dà origine a un incremento della spesa privata, che ammonta a 41 miliardi di euro all'anno per l'assistenza sanitaria (cui aggiungere 25 miliardi all'anno per l'assistenza a lungo termine degli anziani), verso 128 miliardi per l'assistenza sanitaria pubblica. Questo rapporto tra spesa pubblica e spesa privata può rappresentare una minaccia al principio dell'universalismo che è alla base del SSN. La spesa sanitaria privata è infatti fortemente disomogenea tra le regioni italiane (ad esempio, 800 euro a persona nelle regioni settentrionali come la Lombardia e l'Emilia-Romagna contro 300 euro a persona nelle regioni meridionali come la Calabria).

Si dice spesso che in Italia c'è carenza di medici, ma questo non è realmente vero. La densità medica italiana (4 medici per 1000 abitanti) è superiore a quella del Regno Unito (3 medici per 1000 abitanti) o della Francia (3,3 medici per 1000 abitanti). Ciononostante, esistono ampie lacune nella formazione specialistica, in particolare in discipline come medicina d'urgenza ed emergenza, medicina di comunità e cure primarie, anatomia patologica, chirurgia generale e altre. Il problema non è la carenza di medici in generale, ma la carenza di specialisti in alcune discipline, che può essere attribuita alla scarsa attrattività di queste specializzazioni. Al contrario, le discipline che offrono opportunità nel settore privato, come la dermatologia, l'oftalmologia e la cardiologia, non mostrano segni di crisi; in sostanza, vi sono distorsioni nella allocazione delle risorse di personale dovute agli incentivi del mercato sanitario privato. Si assiste in effetti a una emorragia dal settore pubblico verso quello privato, non solo per le retribuzioni relativamente basse rispetto ad altri paesi, ma anche per aspetti gestionali, organizzativi e amministrativi e per la cronica mancanza di personale non medico. La carenza è particolarmente importante per il settore infermieristico, e questo è un problema cronico del nostro paese. Una conseguenza dell'emorragia dal pubblico al privato è l'estensione delle liste d'attesa e un certo grado di elusione della risposta ai problemi sanitari specialmente dei meno abbienti. È apparentemente crescente il numero di cittadini che rinunciano alle cure per le attese troppo lunghe e per l'incapacità di far fronte ai propri problemi sul mercato privato.

Scopo del seminario è mettere a confronto diversi sistemi sanitari europei e i loro problemi, in parte comuni e in parte diversi. Si mira anche a fare luce su temi controversi come la carenza di personale, le liste d'attesa e la carenza di fondi per investimenti. Nelle conclusioni si proporranno potenziali soluzioni da condividere con i decisori pubblici.

## Venerdì 21 febbraio

10.00 Saluto della Presidenza dell'Accademia Nazionale dei Lincei

### L'Italia

10.10 Paolo VINEIS (Lincoo, Imperial College London): *Introduzione*

10.25 Francesco LONGO (Università Bocconi, Milano): *Il finanziamento dei servizi sanitari europei*

10.45 Americo CICHETTI (Ministero della Salute, Roma): *Il punto di vista del Ministero della Salute*

11.05 Marcello CRIVELLINI (Politecnico di Milano): *Gli aspetti legislativi della regionalizzazione e dell'autonomia differenziata*

11.25 Coffee break

11.40 Giuseppe REMUZZI (Lincoo, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS): *Possiamo permetterci di non avere un servizio sanitario pubblico?*

12.00 Paola DI GIULIO (Università di Torino): *Il personale infermieristico*

12.20 Anna Odone (Università di Pavia): *L'organizzazione del SSN e i suoi problemi*

12.40 Silvio GARATTINI (Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" Milano): *Uso e costo dei farmaci*

13.00 Discussione generale

13.30 Intervallo

14.30 Franco LOCATELLI (Università Cattolica, Roma): *Il trasferimento nella pratica delle nuove tecnologie terapeutiche*

14.50 Ottavio DAVINI (Ospedale Molinette Torino): *L'appropriatezza*

15.10 Francesco FORASTIERE (direttore scientifico di "Epidemiologia e Prevenzione"): *La prevenzione negletta*

15.30 Andrea PICCIOLI (Istituto Superiore di Sanità, Roma): *La ricerca nel SSN*

15.50 Coffee break

### Esperienze internazionali

16.10 Luigi SICILIANI (York University): *The crisis of the NHS*

16.30 Stefano SCARPETTA (OCSE, Parigi): *Presentazione di "Health at a Glance: Europe 2024 OECD"*

16.50 Discussione generale

ROMA – PALAZZO CORSINI- VIA DELLA LUNGARA, 10  
Segreteria del convegno: [convegni@lincoo.it](mailto:convegni@lincoo.it) – <http://www.lincoo.it>

Tutte le informazioni per partecipare al convegno sono disponibili su:

<https://www.lincoo.it/it/manifestazioni/la-crisi-dei-servizi-sanitari-universalistici-paesi-confronto>

Per partecipare al convegno è necessaria l'iscrizione online  
Fino alle ore 10 è possibile l'accesso anche da Lungotevere della Farnesina, 10  
I lavori potranno essere seguiti dal pubblico anche in streaming

L'attestato di partecipazione al convegno viene rilasciato esclusivamente a seguito di partecipazione in presenza fisica e deve essere richiesto al personale preposto in anticamera nello stesso giorno di svolgimento del convegno

## **Introduzione**

*Paolo VINEIS (Lincoo, Imperial College London)*

Nella mia Introduzione intendo sottolineare alcuni aspetti specifici a integrazione delle relazioni che seguiranno. Uno è quello delle **diseguaglianze sociali** per la salute, problema che si sta ampliando in tutti i paesi e in particolare in Italia. Dati recenti sulla mortalità per cancro, in particolare, mostrano che circa un terzo delle morti da tumore in Europa sarebbe evitabile negli uomini, e un sesto nelle donne, qualora la mortalità delle classi economicamente svantaggiate fosse lo stesso di quelle più avvantaggiate. Esaminerò alcune delle cause di questo divario, che sono molteplici. Molti dati suggeriscono che a fronte di un sotto-utilizzo delle strutture sanitarie da parte delle classi sociali svantaggiate vi è un sovra-utilizzo da parte di quelle più avvantaggiate, che porta a un numero elevato di sovradiagnosi e anche di effetti collaterali indesiderati (almeno per alcune patologie). Inoltre affronterò l'argomento dei **"co-benefici"** associati alla disponibilità di un servizio sanitario nazionale forte e realmente universalistico, compresa una maggiore uguaglianza e stabilità sociale, una maggiore produttività nel mondo del lavoro e un maggiore benessere della popolazione. Infine toccherò il tema della **prevenzione primaria**, storicamente sottofinanziata in Italia. MI riferirò in particolare all'attenzione verso le future generazioni, problema che si pone in modo drammatico per il cambiamento climatico.

### ***Gli aspetti legislativi della regionalizzazione e dell'autonomia differenziata***

*Marcello CRIVELLINI (Politecnico di Milano)*

Negli ultimi due decenni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha mostrato segni di progressivo malfunzionamento. E' divenuto sempre meno sistema e rischia di trasformarsi in somma di singole parti, male e poco connesse fra loro; una situazione in cui i difetti di ogni parte si riverberano negativamente sulle altre.

L'impoverimento della medicina di base si riflette negativamente sui Pronto Soccorso; la scarsità di Assistenza Domiciliare e di centri a bassa intensità di cura ha effetti negativi sull'appropriatezza e la durata dei ricoveri ospedalieri; l'eccesso di concentrazione delle risorse e delle attenzioni (di varia natura) sugli ospedali per acuti impoverisce tutti gli altri strumenti del sistema e va oggettivamente contro i bisogni di salute dei pazienti cronici, non-autosufficienti e disabili (in forte aumento per l'evoluzione demografica); la carenza e discontinuità dei canali informativi ed informatici lascia gli utenti soli a districarsi nella giungla di sigle e percorsi sempre più accidentati.

E' necessario rafforzare il SSN come sistema funzionante nel suo complesso e nelle sue connessioni.

A questo fine va rilevato che la causa principe del deterioramento risiede nelle carenze decisionali e di rispetto delle regole a livello centrale piuttosto che in presunte insufficienze di autonomia del livello regionale del sistema.

E' prioritario agire sul livello centrale, imponendo il rispetto e l'applicazione piena del modello Servizio Sanitario Nazionale.

Da 18 anni Ministri della Salute e Ministero non predispongono il Piano Sanitario Nazionale, strumento primo, in un arco pluriennale, di definizione della politica sanitaria e di salute, di analisi delle criticità, di individuazione delle soluzioni e delle risorse necessarie.

Da vent'anni la misura dei LEA (cioè della reale disponibilità dei servizi sul territorio) è effettuata con modalità e tempi ridicoli rispetto al diritto/dovere di controllo e di intervento.

In assenza della definizione della politica sanitaria del paese (PSN) e di un vero controllo dei servizi sanitari (LEA), ci si agita e si adottano misure confuse su singole questioni evidenziate di volta in volta dalla cronaca. Approvazione del PSN e misura dei LEA sono la condizione necessaria per l'esistenza del SSN.

Persino un auspicabile aumento del finanziamento, in assenza di quadro di riferimento e finalizzazioni, rischia di mantenere e rafforzare tutte le attuali criticità del sistema, piuttosto che risolverle.

E' prioritario agire sul livello centrale, imponendo il rispetto e l'applicazione piena del modello Servizio Sanitario Nazionale del 1978, consentendo peraltro al livello regionale di esprimere appieno tutti gli strumenti di autonomia e di governo già esistenti e spesso applicati poco e male (modello organizzativo territoriale, definizione dei DRG, politica dei ticket, nomina dei Direttori Generali delle aziende, addizionali sulle imposte , controlli di appropriatezza, politica di accreditamento,...).

Sino a quando il livello centrale del sistema (Ministro e Ministero della Salute, Parlamento) non adempirà al diritto/dovere di 1) predisporre e approvare un quadro chiaro pluriennale di politica sanitaria, 2) misurare seriamente il funzionamento del sistema, 3) ove necessario attuare interventi sostitutivi, il SSN continuerà nella sua lenta disgregazione e la debolezza gestionale del livello regionale non potrà che aumentare, indipendentemente dal grado di autonomia.

### **L'appropriatezza**

Ottavio DAVINI (Ospedale Molinette Torino)

Il fenomeno degli insostenibili tempi d'attesa, così impattante sulla vita dei cittadini, è effetto di un disallineamento tra domanda di prestazioni e relativa offerta.

Molto si discute, e talvolta si prova a fare sul versante dell'offerta, nei limiti delle risorse disponibili e con scarso successo, ma molto meno si agisce sul lato della domanda e del suo governo, ambito nel quale la questione dell'appropriatezza è cruciale.

Il tema scorre da decenni come un fiume carsico nel dibattito tra esperti in sanità in tutto il mondo occidentale, emergendo periodicamente per brevi momenti, veicolato spesso in modo approssimativo o controproducente, per poi risprofondare nell'oblio del sottosuolo.

Eppure, è un tema nodale e affrontarlo potrebbe contribuire concretamente alla sostenibilità della Sanità pubblica, così come siamo abituati a considerarla.

L'attuale situazione è caratterizzata da una sorta di "equilibrio" che, sul piano teorico, dovrebbe spezzarsi: se, infatti, esiste – come risulta evidente da tutte le rilevazioni – una crescente discrepanza tra domanda (elevata) e offerta (insufficiente), le liste d'attesa dovrebbero crescere indefinitamente, e con esse i tempi di attesa. Questo però non si verifica, e, negli anni, i tempi d'attesa hanno avuto poche oscillazioni, con un'acutizzazione del fenomeno in seguito alla pandemia, ancora non riassorbita.

Le ragioni, ampiamente documentate, sono essenzialmente due:

1. Una quota di cittadini rinuncia alla prestazione
2. Un'altra parte di cittadini si rivolge a strutture private, incrementando la spesa out of pocket.

Mentre il caso 2 genera iniquità (solo chi è economicamente capiente, anche a costo di sacrifici, accede alla prestazione), il caso 1 genera un potenziale nocimento alla salute, non consentendo in alcuni casi la diagnosi di una patologia o ritardandola.

Quello che si determina è quindi una forma di razionamento implicito nella erogazione delle prestazioni, molto più dannoso – per la salute dei cittadini – di un razionamento esplicito, e certamente meno trasparente.

Una definizione condivisa (Glossario Ministero della Salute, 2006) considera appropriato un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

La letteratura internazionale sull'argomento è vasta, e i dati che emergono sono molto variabili, anche in relazione a forti eterogeneità dei sistemi sanitari, delle aree geografiche, delle popolazioni analizzate, dei setting di cura (cure primarie od ospedaliere) e delle tecnologie e prestazioni prese in considerazione; tuttavia, revisioni sistematiche e metanalisi convergono su una quota di inappropriata molto elevata (raramente inferiore al 20%, con punte oltre il 50%), sia in eccesso sia in difetto, pressoché in ogni ambito diagnostico e terapeutico.

L'effetto più evidente dell'inappropriata in eccesso è l'aumento delle liste di attesa e l'allungamento dei tempi di attesa, tanto che in alcuni contesti, dove il fenomeno è più

macroscopico, si può affermare che eliminare l'inappropriatezza potrebbe consentire una drastica riduzione di liste e tempi di attesa.

Ma esistono altri effetti negativi, più subdoli ma non meno dannosi per la salute della collettività e la tenuta del SSN.

In primo luogo, l'inappropriatezza genera costi supplementari, determinando un impiego non costo/efficace delle risorse. È inoltre un freno alla riduzione della inappropriatezza in difetto, che contribuisce, con una dinamica differente, al ritardo della diagnosi e al conseguente peggioramento degli esiti di salute.

Il sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie a bassa appropriatezza innesca una sequenza di eventi che includono l'overdiagnosis (la diagnosi e il trattamento di una condizione clinica destinata a non evolvere), quindi l'overtreatment (cure non necessarie) e, come è stato osservato, si può concludere con l'overkill, laddove è emerso che in alcuni contesti l'overuse produce esiti di salute peggiori.

Si deve considerare che il fenomeno dell'overdiagnosis cresce in modo lineare con il crescere delle indagini eseguite e che molte delle tecnologie oggi disponibili hanno un tasso di identificazione di reperti "occasional" – cui consegue un'ulteriore cascata diagnostica - che in alcuni casi supera il 50%.

Un tentativo di contenere il fenomeno della inappropriatezza non può limitarsi a interventi di tipo "sintomatico", seppure fondamentali, ma deve risalire alle cause più profonde, quelli che potremmo definire i determinanti distali.

Le ragioni per cui, nel corso degli ultimi decenni, si è diffuso in modo così massiccio il fenomeno della inappropriatezza clinica sono molteplici, e affondano le loro radici in dinamiche molto diverse tra loro, anche se spesso convergenti. Tenere conto adeguatamente dei determinanti può essere cruciale per identificare quelle politiche che possono essere predisposte per intercettare e ridimensionare il fenomeno in modo strutturale anche sul lungo periodo, dato che una domanda che cresce a dismisura non potrà mai trovare una risposta, in nessun sistema sanitario.

In anni recenti la letteratura ha provato a interrogarsi su queste cause distali, e sono emersi elementi di grande interesse, che dimostrano la complessità dei meccanismi alla radice del fenomeno e la necessità di un grande lavoro coordinato e multisettoriale per intercettarlo e contenerlo.

Un tentativo di classificazione dei meccanismi che spingono i cittadini a un ricorso inappropriato delle risorse sanitarie include:

- Bias cognitivi (avversione al rischio e alla perdita, confirmation bias, imperative action bias, etc.)
- Fattori correlati con la conoscenza (scarsa health literacy, rifiuto del concetto di overuse, eccesso di informazione di scarsa qualità, inconsapevolezza, imperativo tecnologico)
- Interazione con i servizi sanitari (sospetto, scarsa fiducia, esperienze negative)
- Fattori socioculturali (stadio della vita, diritto alla cura, idea di quasi-immortalità, ruolo dei social media)
- Emozioni (insicurezza, necessità di controllo, paura e ansia)
- Preferenze e aspettative (credenze, esperienze, aspettative smisurate)
- Fattori biomedici (semplicità di uso di una tecnologia, dolore, durata sintomi, grado di multimorbilità)
- Fattori economici (consumismo, strategie d'induzione al consumo sanitario, marketing industriale, conflitti di interesse in alcuni ambiti professionali)

Anche i professionisti possono essere vittime dell'imperativo tecnologico (l'idea che una nuova tecnologia debba per forza essere migliore di una vecchia), della medicina difensiva (che da sola rappresenta uno dei determinanti cruciali nella sovra-prescrizione), della pressione del mercato e dell'industria (si pensi a strategie come il disease mongering), della stessa crescente complessità della medicina, che rende arduo un aggiornamento tempestivo dei prescrittori e amplia la distanza tra specialisti e Medici di medicina generale, che hanno poche opportunità per comunicare tra loro.

La politica e le istituzioni hanno spesso fornito risposte deboli e non coordinate, prediligendo l'ipotesi di una rincorsa della domanda (peraltro irrealizzabile) a un tentativo del suo governo,

scegliendo così, spesso inconsapevolmente, di adottare un ragionamento implicito in luogo di uno esplicito.

Tuttavia, la predisposizione di una strutturata strategia di governo della domanda è l'unica strada, seppure impervia, che può consentire di contenere un'espansione illimitata delle aspettative, cui, come abbiamo visto, non consegue un guadagno in salute, ma il suo opposto. Considerando i meccanismi che sono alla radice dell'espansione del fenomeno, si possono immaginare azioni sia tattiche sia strategiche, avendo consapevolezza del fatto che sarà necessario attendersi reazioni negative da parte di diversi stakeholder e che i risultati si potranno concretizzare solo sul medio-lungo periodo.

Sul versante "tattico" esistono diverse buone pratiche che possono essere sperimentate su più vasta scala, ma l'intervento strategico è quello cruciale, e deve in primo luogo favorire lo sviluppo di una solida cultura scientifica e sanitaria, la piena consapevolezza e il coinvolgimento dei cittadini, il controllo delle deformazioni del mercato, il recupero di una relazione produttiva tra servizio sanitario e cittadini, nonché tra i professionisti dei diversi ambiti, la limitazione degli effetti devastanti della medicina difensiva, la messa a sistema dei programmi per le Linee Guida e l'Health Technology Assessment.

### **La ricerca nel Sistema Sanitario Nazionale**

Andrea PICCIOLI (Istituto Superiore di Sanità, Roma)

La ricerca scientifica è il motore dell'innovazione nel sistema sanitario, trasformando le conoscenze in strumenti concreti per migliorare la salute pubblica. In questo contesto, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) svolge un ruolo centrale nel garantire che le politiche sanitarie siano basate sulle migliori evidenze scientifiche. Il Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS) 2023-2025 favorisce l'integrazione tra mondo accademico, sanità pubblica e ricerca applicata, con l'obiettivo di sviluppare soluzioni innovative per la prevenzione e la gestione delle malattie. L'ISS contribuisce con studi epidemiologici, sviluppo di linee guida, sorveglianza delle malattie e valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari.

L'intervento metterà in luce l'importanza della ricerca sanitaria in tutte le sue forme: dalla ricerca di base, che studia i meccanismi biologici e patologici delle malattie, alla ricerca applicata, che trasforma queste conoscenze in soluzioni diagnostiche, terapeutiche e organizzative. Sarà sottolineata la complementarità tra questi due ambiti e il loro impatto concreto sulla salute della popolazione.

Un focus specifico sarà dedicato al ruolo strategico dell'ISS come ente tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ed al ruolo che svolge in collaborazione con istituzioni nazionali e internazionali. Attraverso attività di ricerca, monitoraggio e formazione, l'ISS fornisce dati cruciali a supporto delle decisioni politiche, contribuendo a un sistema sanitario sempre più equo ed efficace.

Un esempio concreto del valore della ricerca applicata è il progetto JACARDI (Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes), coordinato dall'ISS e co-finanziato dalla Commissione Europea. Con il coinvolgimento di 76 partner in 21 Paesi, JACARDI punta a ridurre il carico delle malattie cardiovascolari e del diabete, adottando strategie integrate che spaziano dall'alfabetizzazione sanitaria al miglioramento dei percorsi di cura. I 142 progetti pilota del programma dimostrano come la ricerca possa tradursi in azioni concrete per rendere i sistemi sanitari più resilienti, equi ed efficienti.

La ricerca, interdisciplinare, basata sull'evidenza e orientata alla prevenzione è essenziale per affrontare le sfide della sanità pubblica e guidare l'innovazione nel settore. Investire nella ricerca e nell'innovazione tecnologica è pertanto fondamentale per sviluppare interventi mirati, politiche efficaci e strategie di risposta rapida alle emergenze sanitarie, pilastro fondamentale per affrontare le sfide emergenti legate a cambiamenti demografici, nuove patologie, crisi ambientali e disuguaglianze sanitarie.