

La sfiducia nel Ssn? Da riequilibrare con la conoscenza dei fatti

Publicato il: 16 Aprile 2026

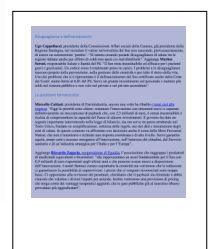
Redazione Aboutpharma Online

Avanza la sfiducia degli italiani nel Servizio sanitario nazionale, per effetto delle liste di attesa, della carenza di personale e per una generale percezione di scarse risorse investite nel pubblico. Un quadro che tuttavia non tiene conto delle tante, troppe prestazioni inappropriate richieste al Ssn che finiscono per gravare i più punti dell'organizzazione. Questa la sintesi del dibattito che si è sviluppato all'interno della 3ª edizione del Forum Adnkronos Q&A "Salute, prevenzione e risorse: le sfide" che si è svolto ieri mattina a Roma.

Alcuni dati

La discussione ruota intorno al sondaggio Adnkronos 2026, condotto tra fine febbraio e inizio aprile su oltre 6.300 utenti. I dati restituiscono un quadro articolato: da un lato cresce l'attenzione verso salute e prevenzione, dall'altro persistono difficoltà nell'accesso alle cure. Il livello di fiducia nel Ssn si mantiene significativo, con il 58% degli intervistati che dichiara di avere fiducia nel sistema pubblico. Fiducia che tuttavia cala rispetto allo scorso anno (era al 65%). Il dato più critico riguarda l'accesso alle prestazioni con il 70% degli intervistati che afferma di aver rinunciato almeno una volta a esami o cure a causa delle lunghe liste d'attesa: un dato in crescita rispetto al 62% dello scorso anno. Va da sé che aumenti l'accesso al privato: il 45% dichiara di avervi fatto ricorso nell'ultimo anno. Solo il 29% che dispone di un'assicurazione sanitaria.

Il ministro della Salute **Orazio Schillaci** riconosce la gravità del problema liste d'attesa, definendolo il punto cruciale su cui si gioca la credibilità del Ssn. Il Ministro ha annunciato interventi concreti, tra cui la pubblicazione mensile dei dati Agenas regione per regione per garantire trasparenza, e ha ribadito l'importanza della riforma della medicina territoriale per migliorare l'equità del sistema.



Peso:1-73%,2-89%,3-86%,4-67%

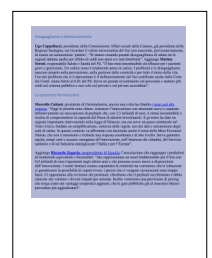
Il paradosso dell'inappropriatezza e della prevenzione

Un tema centrale emerso nel dibattito riguarda proprio la reale misurazione delle criticità. **Rocco Bellantone**, presidente dell'Istituto di Sanità, ha evidenziato come le rilevazioni vadano lette alla luce di un enorme problema di inappropriatezza: i medici sono spesso sotto pressione e costretti a una "medicina difensiva" che moltiplica esami non necessari. A fargli eco, **Alberto Siracusano**, presidente del Consiglio Superiore di Sanità: "In Italia spendiamo il 90% in farmaci e pochissimo per la prevenzione. Il nuovo Piano per la salute mentale mette in luce alte percentuali di disagio psichico nelle fasce giovanili (60%) che generano liste di attesa e anche accessi impropri. Se vogliamo fare realmente prevenzione dobbiamo ragionare in modo diverso. Non va bene che l'AI stia diventando il primo strumento di diagnosi e cura soprattutto tra i più giovani. Questo è il primo vero segno di sfiducia nel Ssn".

Governare la domanda per salvare il sistema

Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione **Gimbe**, ha insistito sulla necessità di governare la domanda di prestazioni. "È fondamentale ricordare che il potenziamento della capacità produttiva debba essere necessariamente accompagnato da una gestione più efficace. Sebbene manchino dati italiani dettagliati, la letteratura internazionale evidenzia come una quota compresa tra il 20% e il 40% delle prestazioni diagnostico-ambulatoriali risulti inappropriata, presentando un profilo rischio-beneficio inadeguato per il paziente. Si riscontra una percentuale molto elevata di cittadini che non riesce ad accedere ai servizi necessari, pertanto, oltre al semplice rafforzamento dell'offerta e delle piattaforme tecnologiche, è indispensabile introdurre strumenti capaci di governare i flussi di richiesta. Questo fenomeno è alimentato da una crescente medicalizzazione della società, che esercita forti pressioni sui medici al momento della prescrizione".

Cartabellotta insiste: "Da anni tutti siamo convinti che bisogna essere più appropriati nella prescrizione, nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, però se non modifichiamo l'architettura, è evidente che tutto si poggia sulla cultura del professionista e sulla domanda appropriata del cittadino. Parlare di sanità a pagamento significa dire la verità senza omettere il ruolo degli attori privati, siano essi singoli professionisti o strutture organizzate. Se il cittadino può permetterselo, paga di tasca propria, alimentando la spesa cosiddetta out-of-pocket; se non può, rinuncia alla prestazione. Il tema centrale dietro i 5,8 milioni di persone che hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria richiede però precisione terminologica. Non si tratta necessariamente di rinuncia alle cure in senso lato, un termine spesso usato in modo improprio, ma della rinuncia a specifiche prestazioni diagnostiche o specialistiche prescritte dal medico".



Peso:1-73%,2-89%,3-86%,4-67%

Cicchetti: “Il monitoraggio non basta”

Sugli strumenti messi annunciati dal ministro Schillaci interviene **Americo Cicchetti**, direttore Altems-Università Cattolica: “Il monitoraggio Agenas rappresenta senza dubbio uno strumento prezioso, sebbene non possa essere considerato l’unico fattore determinante per la risoluzione delle criticità sistemiche, poiché la sua utilità è intrinsecamente duplice: da un lato funge da supporto alla programmazione delle singole Regioni, ambito in cui il sistema è già parzialmente

operativo, dato che i flussi inviati alla piattaforma nazionale restano nella disponibilità delle amministrazioni locali, permettendo loro di analizzare l’andamento delle aziende sanitarie con diversi gradi di efficacia, ma dall’altro persiste una criticità significativa a livello nazionale riguardante la trasparenza verso i cittadini, i quali non hanno ancora accesso a dati granulari e stratificati che distinguano chiaramente tra attività pubblica e privata”. C’è almeno un nodo da sciogliere. “Il superamento di questa barriera conoscitiva dipende strettamente dall’accordo con le Regioni e, sebbene a metà febbraio il consenso su un modello di indicatori rappresentativo e privo di distorsioni fosse ormai raggiunto al 95% – prosegue Cicchetti – la piena visibilità dello strumento per l’utente finale resta legata alla finalizzazione di tali intese istituzionali. Nonostante l’importanza dei dati, l’attività di monitoraggio costituisce solo una parte del processo perché, accanto al potenziamento dell’offerta già avviato in misura significativa, la sfida cruciale risiede nel governo della domanda, che non consiste nell’esercitare pressione sui medici di medicina generale, quanto piuttosto nel mettere in campo azioni strutturali e buone pratiche cliniche come quelle avviate dall’Istituto Superiore di Sanità per guidare specialisti e medici di base oltre la logica dei semplici range di appropriatezza.

Stratificazione e altre soluzioni

Un secondo strumento (“fondamentale”) di cui parla ancora Cicchetti, è rappresentato dal modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione, che permetterebbe di fornire alle Regioni dei benchmark sulle prescrizioni attese “calcolando il volume di prestazioni necessario per ogni distretto in base a dati storici e indicatori di letteratura, sebbene l’utilizzo routinario di tali algoritmi sia attualmente frenato dalla mancanza del parere del Garante della Privacy sull’interconnessione dei flussi dati ministeriali”.

Cicchetti insiste sulla necessità di contrastare i fenomeni di “overuse” e le prestazioni obsolete attraverso un de-listing sistematico gestito dalla Commissione nazionale Aggiornamento Lea, “la quale è strutturata per produrre revisioni annuali nonostante l’obiettivo di un aggiornamento entro la fine del 2025 non sia stato pienamente centrato”. Cicchetti pensa che l’opera possa



essere svolta grazie al programma di analisi della spesa del MEF “che ha già individuato aree di ottimizzazione immediata, come l’eliminazione degli esami preoperatori per la chirurgia a basso rischio che permetterebbe di recuperare 120 milioni di euro, contribuendo a una stima complessiva di risparmio che potrebbe raggiungere i 3 miliardi di euro”.

I servizi sul territorio

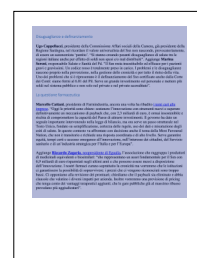
Il Sottosegretario alla Salute **Marcello Gemmato** ha rivendicato l’impegno del governo nel potenziare la prossimità, citando l’assunzione di 7.300 tra medici e infermieri e la stabilizzazione della “farmacia dei servizi”, considerata un presidio strategico soprattutto nelle zone fragili grazie a un finanziamento di 50 milioni di euro. “Il governo ha l’obbligo di investire in prevenzione e investire sulla prossimità. La stabilizzazione di questo modello, sostenuta con un finanziamento consente di migliorare l’accessibilità alle cure, soprattutto per anziani e soggetti più vulnerabili. Sul fronte delle carenze, stiamo rafforzando gli strumenti normativi per favorire la produzione nazionale di farmaci e principi attivi e monitorare tempestivamente eventuali criticità, a tutela della continuità terapeutica. Parallelamente, investiamo nella digitalizzazione e nell’integrazione dei dati sanitari, leve fondamentali per l’assistenza e la ricerca”.

Disuguaglianze e definanziamento

Ugo Cappellacci, presidente della Commissione Affari sociali della Camera, già presidente della Regione Sardegna, nel ricordare il valore universalista del Ssn non nasconde, provocatoriamente, di essere un autonomista ‘pentito’. “Si stanno creando pesanti disuguaglianze di salute tra le regioni italiane anche per effetto di soldi non spesi e/o mal distribuiti”. Aggiunge **Marina Sereni**, responsabile Salute e Sanità del Pd. “Il Ssn resta insostituibile ed efficace per i pazienti gravi e gravissimi. Un codice rosso è totalmente preso in carico. I problemi e le disuguaglianze nascono proprio nella prevenzione, nella gestione delle cronicità e per tutto il resto della vita. Uno dei problemi che si è ripresentato è il definanziamento del Ssn certificato anche dalla Corte dei Conti: siamo fermi al 6.01 del Pil. Serve un grande investimento sul personale e mettere più soldi nel sistema pubblico e non solo nel privato e nel privato accreditato”.

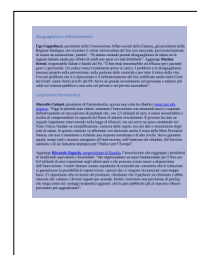
La questione farmaceutica

Marcello Cattani, presidente di Farmindustria, ancora una volta ha ribadito [i temi cari alle imprese](#). “Oggi le priorità sono chiare: sostenere l’innovazione con strumenti nuovi e superare definitivamente un meccanismo di payback che, con 2,3 miliardi di euro, è ormai insostenibile e



rischia di compromettere la capacità del Paese di attrarre investimenti. Il governo ha dato un segnale importante intervenendo nella legge di bilancio, ma ora serve un passo strutturale nel Testo Unico, fondato su semplificazione, certezza delle regole, uso dei dati e misurazione degli esiti di salute. In questo contesto va affrontato con decisione anche il tema della Most Favoured Nation, che non è transitorio e richiede una risposta coordinata e di alto livello. Serve garantire equità, tempi certi e accesso omogeneo all'innovazione, nell'interesse dei cittadini, del Servizio sanitario e di un'industria strategica per l'Italia e per l'Europa”.

Aggiunge [Riccardo Zagaria, neopresidente di Egualea](#), l'associazione che raggruppa i produttori di medicinali equivalenti e biosimilari: “che rappresentano un asset fondamentale per il Ssn con 6,9 miliardi di euro risparmiati negli ultimi anni e che possono essere messi a disposizione dell'innovazione. I nostri farmaci curano soprattutto la cronicità ma vorremmo che le istituzioni ci garantissero la possibilità di sopravvivere: i prezzi che ci vengono riconosciuti sono troppo bassi. Ci opponiamo alla revisione dei prontuari; chiediamo che il payback sia eliminato e abbia clausole che valutino i diversi impatti per azienda. Inoltre vorremmo una previsione di pricing che tenga conto dei vantaggi terapeutici aggiunti; che le gare pubbliche già al massimo ribasso prevedano più aggiudicatari”.



Peso:1-73%,2-89%,3-86%,4-67%