FRANCESCO ORLANDINI e MICAELA LA REGINA

Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale tra criticità strutturali e trasformazione della medicina interna

Il mio ingresso in una società scientifica di medicina interna risale al 1987. In Liguria era allora attiva l'ALMIO (Associazione Medici Internisti Liguri Ospedalieri), una realtà che riuniva gli internisti ospedalieri senza distinzione tra primari e aiuti, accomunandoli nella comune appartenenza alla grande famiglia dei cultori della medicina interna.

Negli anni successivi l'associazione entrò a far parte della FADOI, nata nei primi anni Novanta dalla FAPOI (Federazione delle Associazioni dei Primari Ospedalieri Italiani). Ho avuto la fortuna di seguire la crescita della società scientifica lungo tutto il mio percorso professionale: dapprima come giovane assistente, poi come aiuto e infine come primario. Nel tempo ho potuto contribuire allo sviluppo della sezione ligure e partecipare alle attività del Comitato esecutivo nazionale, con responsabilità della formazione scientifica per il Centro-Nord.

Tra le iniziative più significative ricordo il riconoscimento da parte dell'Assessorato alla Sanità della Regione Liguria della denominazione corretta della nostra disciplina, **Medicina Interna**, distinta dalla medicina generale territoriale. In quegli anni furono organizzati corsi di formazione avanzata rivolti agli internisti, nei quali venivano insegnate competenze allora emergenti come l'ecografia bedside, la ventilazione non invasiva e l'interpretazione dei disturbi emogasanalitici.

Sempre dalla Liguria nacque inoltre un progetto innovativo: un **Master biennale in Hospitalist**, con l'obiettivo di formare internisti capaci non solo di comprendere la fisiopatologia delle malattie ma anche di gestire i processi organizzativi della sanità moderna. Il percorso prevedeva anche attività pratiche su manichini per l'apprendimento di procedure invasive, patrimonio tecnico indispensabile per l'internista ospedaliero. Purtroppo, la pandemia da COVID-19 ha interrotto la prosecuzione di questa esperienza.

Nel corso di oltre trent'anni la medicina ospedaliera è profondamente cambiata. Non si tratta soltanto degli straordinari progressi scientifici e tecnologici, ma soprattutto di un cambiamento culturale che ha modificato il rapporto tra medico, paziente e sistema sanitario.

Le principali criticità del Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale rappresenta una delle più importanti conquiste sociali del nostro Paese. Tuttavia, oggi si trova ad affrontare alcune criticità strutturali che ne mettono a rischio la sostenibilità.

Crisi del rapporto di fiducia medico-paziente. Negli ultimi decenni il rapporto tra medico e paziente è profondamente mutato. In passato il medico rappresentava il principale

riferimento per la salute del cittadino e il paziente che percepiva chiaramente il divario tra le proprie conoscenze e quelle del professionista si affidava a lui. L'avvento del web e dei nuovi strumenti digitali ha progressivamente modificato questo equilibrio. Il paziente ha oggi accesso immediato a una grande quantità di informazioni sanitarie, spesso non validate o interpretate senza adeguate competenze scientifiche. Più recentemente anche gli strumenti di intelligenza artificiale stanno contribuendo alla diffusione di fenomeni di autodiagnosi.

Questo cambiamento ha favorito una crescente richiesta di indagini diagnostiche da un lato e ha contribuito all'aumento del contenzioso medico-legale dall'altro. Il risultato è la diffusione della cosiddetta **medicina difensiva**, che spinge il medico a prescrivere esami non sempre necessari per tutelarsi da possibili accuse. Le conseguenze sono evidenti: aumento dei costi sanitari, allungamento delle liste di attesa e progressivo indebolimento fino alla frattura del rapporto di fiducia tra medico e paziente.

Insufficienza delle risorse e carenza di personale. L'Italia destina alla sanità pubblica circa il **6,8–7% del prodotto interno lordo**, un valore inferiore rispetto a quello di molti altri Paesi europei.

Germania e Francia investono circa il 9–11% del PIL, mentre anche Paesi con sistemi sanitari simili al nostro, come la Spagna, destinano una quota leggermente superiore. Ciò si traduce in carenza di personale sanitario, insufficiente dotazione tecnologica e difficoltà nella gestione delle liste di attesa. Le richieste di esami diagnostici ad alta tecnologia, come TAC, risonanza magnetica e PET, rappresentano uno dei principali punti di pressione del sistema.

Parallelamente si osserva una crescente fuga dei medici dal sistema pubblico verso il settore privato. Il carico burocratico, i turni gravosi e la ridotta gratificazione professionale rendono sempre meno attrattive molte specialità ospedaliere. Non è un caso che concorsi in discipline fondamentali come medicina interna, anestesia-rianimazione o pronto soccorso vadano sempre più spesso deserti.

Eccessiva burocratizzazione dell'attività clinica. Un'ulteriore criticità riguarda l'aumento degli adempimenti amministrativi, correlati alla medicina difensiva e all'aziendalizzazione della sanità che, almeno per il momento, la digitalizzazione non è riuscita ad arginare col risultato che se prima il medico trascorreva un po' di tempo a compilare documenti clinici e amministrativi, ora ne trascorre molto di più a digitare.

Il tempo sottratto alla relazione con il paziente rappresenta una perdita significativa per la qualità delle cure. Come ricordava William Osler, l'osservazione e l'ascolto del paziente costituiscono il primo atto terapeutico. Quando questi momenti vengono sacrificati a favore di incombenze burocratiche, l'intero processo di cura ne risente.

L'impatto dell'intelligenza artificiale sulla medicina interna. L'intelligenza artificiale è destinata a trasformare profondamente e inevitabilmente la medicina nei prossimi anni. I sistemi di supporto decisionale basati su algoritmi avanzati sono già in grado di analizzare grandi quantità di dati clinici, integrare informazioni provenienti da esami diagnostici e suggerire ipotesi diagnostiche con livelli di accuratezza sempre più elevati. Tuttavia, questo non deve essere vissuto come una minaccia, ma come l'occasione per ridefinire il ruolo dell'internista. Se una parte del sapere tecnico-diagnostico potrà essere condivisa con strumenti algoritmici, emergerà con ancora maggiore forza la necessità di competenze che nessuna tecnologia potrà sostituire pienamente. L'internista del futuro dovrà affinare la

supervisione dei sistemi algoritmici e integrare il proprio sapere scientifico con competenze che in passato sono state talvolta considerate accessorie. In altre parole, il medico non potrà limitarsi a interpretare dati clinici, ma dovrà imparare a integrare conoscenze scientifiche, tecnologia e dimensione umana della medicina.

Prospettive di riforma

Affrontare le criticità del sistema sanitario richiede interventi strutturali. Al di là della necessità di aumentare le risorse economiche per la sanità pubblica, è necessario ripensare l'organizzazione del lavoro sanitario e riformare la governance sanitaria. Molte attività oggi svolte dai medici potrebbero essere affidate a figure professionali dedicate, come amministrativi di reparto, farmacisti clinici o specialisti informatici, consentendo di sopperire alla carenza di determinati specialisti, tra cui gli internisti e al tempo stesso di aumentare il tempo a loro disposizione per la cura del paziente.

L'attuale frammentazione regionale ha generato disuguaglianze territoriali significative. Una maggiore integrazione nazionale nella programmazione e nella distribuzione delle risorse potrebbe contribuire a garantire maggiore equità nell'accesso alle cure.

Una visione sistemica di lungo periodo, ad esempio investire oggi in terapie innovative, come quelle per la degenerazione maculare, la fibrosi cistica o l'obesità, può ridurre significativamente i costi sociali e sanitari futuri legati alla disabilità e alle malattie croniche. Le società scientifiche possono contribuire spingendo per politiche orientate a investimenti che producano benefici nel medio-lungo periodo, evitando il mero contenimento della spesa basato solo sul bilancio annuale, che rischia di limitare l'accesso alle cure appropriate e compromettere la salute dei cittadini nel tempo.

Infine, è fondamentale riformare la formazione medica universitaria per l'acquisizione di competenze funzionali alle necessità attuali, quali la comunicazione efficace, la leadership autorevole e il lavoro in team, la bioetica, la gestione del rischio clinico, la capacità di coordinare percorsi assistenziali complessi in un'ottica di "Value-based healthcare".

In conclusione, di fronte alle complesse sfide del Servizio sanitario nazionale, la medicina interna potrà continuare a svolgere un ruolo strategico grazie al suo approccio olistico. Anche nell'era dell'intelligenza artificiale, che potrà supportare molte attività diagnostiche, resterà centrale la capacità dell'internista di interpretare il paziente nella sua globalità biologica, psicologica e sociale, se riuscirà a sviluppare e fare proprie quelle skill che sono indispensabili in un lavoro in team e in un mutato rapporto medico paziente. L'IA, infatti, non sostituirà il medico ma tenderà piuttosto a valorizzarne le capacità, rendendo ancora più evidente il valore insostituibile del giudizio clinico e della relazione di cura, così come la fotografia non ha sostituito l'arte, ma ne ha arricchito le forme espressive.