Quando la sanità diventa un algoritmo che premia chi cura meno

Novembre 30, 2025



C’è un dettaglio che racconta da solo lo stato della sanità italiana: l’idea che per ridurre le liste d’attesa la soluzione sia pagare i medici di base perché prescrivano meno esami. Non perché seguano meglio i pazienti, non perché individuino in anticipo le fragilità. Meno esami, punto. Una riga nel budget in meno. Un pennarello rosso che diventa criterio sanitario.

La logica è chiara: se non riesci a migliorare il sistema, modifichi il comportamento di chi ci lavora dentro. È la stessa scorciatoia che si usa nelle aziende in crisi: non puoi aumentare i ricavi, allora tagli i costi e chiami “efficienza” quello che è solo sopravvivenza. La Regione Emilia-Romagna ha fatto questo: ha trasformato il medico di base in un operatore che risponde a un indicatore, non a un paziente.

Il problema non è il bonus in sé. Il problema è l’idea che lo produce. Dire che “si prescrive troppo” significa scaricare su medici e cittadini la responsabilità di un sistema che da vent’anni vive di

sottofinanziamento, pensionamenti non sostituiti e investimenti rimandati. Se un medico richiede una risonanza, la soluzione non è premiarlo perché non lo fa: la soluzione è chiedersi perché la risonanza abbia tempi d'attesa che sfiorano l'assurdo.

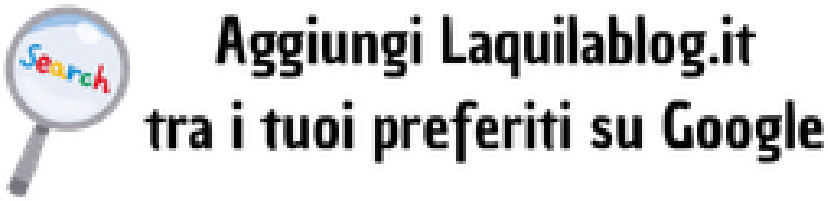
Questa tassonomia del risparmio travestita da politica sanitaria genera un cortocircuito evidente. Ogni medaglia ha un rovescio: meno esami prescritti significa meno difesa preventiva. Meno difesa preventiva significa diagnosi più tardive. Diagnosi più tardive significano costi più alti, non solo in termini economici. È il paradosso di un modello che parla di responsabilità pubblica mentre si comporta come una compagnia assicurativa privata: minimizzare le richieste, non i rischi.

Il medico viene spinto verso un terreno ambiguo: se prescrive un esame necessario ma "non urgente", rischia di sforare il parametro. Se non lo prescrive e il paziente peggiora, di chi è la colpa? Della medicina difensiva abbiamo parlato per anni. Adesso rischiamo di inaugurare la medicina "di contenimento", con la differenza che a difendersi non è più il medico, ma la struttura che lo governa.

Il cittadino, nella pratica, esce dal radar. E quando esce dal radar accade ciò che sempre accade in Italia: chi può paga, chi non può aspetta. Si crea una sanità parallela che non ha bisogno di alcuna riforma per nascere, basta lasciare marcire quella pubblica. Un esame che il medico non prescrive oggi per non finire in fondo alla classifica, domani verrà prenotato privatamente perché "tanto bisogna farlo". È un trasferimento silenzioso di spesa, dalla fiscalità generale alle famiglie. E questo non lo si chiama efficientamento: lo si chiama arretramento dello Stato.

Il dibattito pubblico accetta soluzioni di facciata perché le vere soluzioni sono complicate, lente, costose. Rafforzare la medicina territoriale richiede personale che non c'è. Ridurre davvero le liste d'attesa implica riscrivere l'organizzazione interna delle Asl, razionalizzare le strutture, digitalizzare ciò che ancora viaggia su carta. Non è un caso se la trasparenza sui tempi reali di attesa sia un tabù: pubblicarli significherebbe certificare il fallimento collettivo.

Il bonus, invece, è rapido, comprensibile, misurabile. Offre l'illusione di una regia mentre in realtà si limita a ridurre il margine di autonomia dei medici, trasformandoli in ingranaggi che devono performare secondo un KPI. Non è una riforma: è un algoritmo.



Eppure basterebbe guardare un Pronto soccorso qualsiasi alle otto di sera per capire che non è lì il nodo. La medicina di famiglia è il primo filtro del sistema. Se la si mette sotto pressione in nome di un indicatore, tutto il resto crolla: aumentano gli accessi inutili in ospedale, aumentano i ricoveri tardivi, aumentano perfino i conflitti tra medici e pazienti, perché qualcuno dovrà pur spiegare perché l'esame "non serve".

Alla fine resta una domanda, la più semplice e la meno discussa: chi si prende la responsabilità finale quando un incentivo premia l'astensione? Quando una diagnosi mancata si intreccia con un comportamento suggerito da un meccanismo pensato per "contenere" la spesa? I sistemi funzionano quando chi opera dentro ha margini di giudizio, non quando ha paura di usarli.

L'idea di pagare i medici perché prescrivono meno esami non farà crollare la sanità italiana. Ma dice molto su come la politica immagina la sanità del futuro: un luogo dove il problema non è più curare meglio ma curare meno. Una visione che forse torna utile ai bilanci annuali, sicuramente non alla tenuta collettiva.

La salute pubblica non può diventare un campo di sperimentazione per incentivi che funzionano solo sulla carta. Se il sistema è in affanno, si interviene sulle capacità, non sulle diagnosi. Perché una cosa è ridurre gli abusi, un'altra è convincersi che la malattia, per non pesare sui conti, debba semplicemente restare invisibile.