

*L'editoriale*

## Liste d'attesa e intramoenia

di **Fabio Cembrani**

**I**l problema dei tempi d'attesa in sanità pubblica è una questione complessa e del tutto scottante sulla quale, nel prendere posizione, si rischia di urtare molte sensibilità e di attirare critiche che, se ci saranno, mi auguro siano costruttive, non aggressive o manipolative.

La sensibilità che si rischia di urtare – lo dichiaro fin da subito per evitare malintesi – non è solo quella dei medici i quali, da molti anni, sono stati autorizzati dal Parlamento ad esercitare la libera professione in intramoenia («dentro casa»).

SEGUE A PAGINA **3**

## Liste d'attesa e visite intramoenia

SEGUE DALLA PRIMA

**A**d aggiungere, cioè, al monte orario contrattualmente dovuto, quel tempo aggiuntivo spesso per dare una risposta alle richieste di salute dei cittadini che, sempre più, impattano contro lo scoglio dei tempi di attesa.

Numeri e cifre ce ne sono state offerte molte, fors'anche troppe e ciò è avvenuto anche di recente grazie a Milena Gabanelli la quale, nella sua famosa «data room» dove si commentano fatti e dati in meno di tre minuti, le ha snocciolati in modo ampio e chiaro; facendoci capire che le liste di attesa sono diventate un problema strutturale che riguarda e coinvolge, cioè, noi tutti anche se questo non è il solo ed unico problema di sanità pubblica con il quale dovremmo responsabilmente confrontarci.

Mi sento autorizzato a parlarne anche perché, avendo diretto per quasi 25 anni una struttura complessa di quella che è stata l'Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento, ho sempre sentito il dovere di non attivare una seconda lista di prenotazioni parallela a quella istituzionale, nonostante le critiche che mi sono state mosse da qualche collega che si appellava ad un diritto contrattualmente previsto.

E questo è reale, perché di un diritto si tratta e di un diritto che proviene da lontano, da quando, cioè, il governo dell'epoca «ve-

nendo meno ai suoi doveri costituzionali» - come ha duramente annotato Ivan Cavicchi sul «Fatto Quotidiano» del 4 febbraio 2026 - «ha svenduto i diritti dei cittadini ad un sindacato ospedaliero amico». Ciò è avvenuto all'esito della approvazione del decreto legislativo numero 502 del dicembre 1992 il quale, all'articolo 4, imponeva ai Direttori generali delle Usl e delle nuove Aziende ospedaliere di individuare e riservare spazi adeguati all'esercizio della libera professione e di trasformare il 6%-12% dei posti letto disponibili in letti a pagamento; con spazi fisici che potevano anche essere reperiti attivando apposite convenzioni con le Case di cura o con le altre strutture sanitarie pubbliche o private, per un periodo di durata massima di un anno. La provvisorietà di questa disposizione ha poi trovato - come quasi sempre succede nel nostro Paese - continue proroghe anche se poi la percentuale dei posti letto a pagamento è stata rivista tra il 5% e il 10%. A questo provvedimento hanno poi fatto seguito altre leggi approvate quando il ministro della sanità era Rosy Bindi: la legge numero 662 del 1996 e, soprattutto, il decreto legislativo numero 229 approvato il 19 giugno del 1999 il quale, all'articolo 15, ha disciplinato l'attività intramoenia dei medici dipendenti prevedendo il non superamento di quella effettuata istituzional-

mente: previsione, questa, poi confermata dalla legge numero 218 del 2006 in cui è stato ribadito questo principio generale, con precisazione dei soggetti titolati ad effettuare i controlli e le penalizzazioni conseguenti alle eventuali violazioni. Sono poi seguite altre norme: così la legge numero 120/2017 nella quale si stabiliva che i tariffari delle prestazioni effettuate in intramoenia devono essere concordati tra la Regione/Province autonome e i professionisti; e così la legge numero 158 del 2012 nella quale, tra l'altro, si stabiliva che il 5% del compenso derivato da queste prestazioni doveva essere trattenuto dall'Asl e vincolato a realizzare interventi mirati alla riduzione delle liste d'attesa con decurtazione della retribuzione di risultato dei Direttori generali nel caso di non rispetto dell'equilibrio fra l'attività in intramoenia e quella istituzionale. Altri importanti provvedimenti normativi si sono poi succeduti nel tempo: il più recente è sicu-



Peso:1-4%,3-37%

ramente la legge numero 105 del 2025, approvata dall'attuale Parlamento con il preciso obiettivo di ridurre i tempi di attesa anche attraverso la creazione di una Piattaforma nazionale di raccolta dei dati, lanciata con grande enfasi mediatica il 26 giugno 2025. Anche se, trascorsi quasi 20 mesi dall'approvazione di questa legge, quella Piattaforma, come ha recentemente evidenziato il Gimbe, non è di nessuna utilità per i cittadini riportando indicatori incomprensibili, del tutto parziali (il monitoraggio verte solo su 17 prestazioni erogate non in regime intramoenia) e senza documentare le differenze che esistono tra le singole Regioni e Province autonome, tra le Aziende sanitarie, tra il pubblico e il privato accreditato. Di quella legge mancano ancora due decreti attuativi e, soprattutto, quella Piattaforma informatica non consente ancora di aver contezza dei ritardi e quali sono le aree in grande difficoltà che molti di noi, per esperienza diretta, conoscono benissimo. La triste realtà, denunciata dal presidente del Gimbe, è che esiste un ritardo normativo e tecnologico ai quali, a mio modo di vedere, si associa un altro (colpevole) ritardo: quello di aver rinunciato a dare piena e concreta attuazione all'articolo 32 della nostra Costituzione e ai principi fondativi del Servizio sanitario nazionale il cui mancato rispetto

è causa di gravi effetti sulla salute delle persone, sull'economia delle famiglie e sulla tenuta della sanità pubblica quando fiorisce quella privata e le polizze proposte dalle Compagnie assicurative. Questo perché, come tutti sappiamo, sono quasi 6 milioni i cittadini italiani che, nel 2024, sono stati costretti a rinunciare alle cure. Lo ha ricordato a tutti anche il presidente dell'Istat nel corso dell'audizione sulla manovra economica per il 2026: il 9,9% della popolazione (contro il 7,6% dell'anno precedente), in termini assoluti circa 1,3 milioni di persone, soprattutto donne e anziani a causa delle liste d'attesa troppo elevate e con una tendenza in crescita hanno rinunciato a curarsi. La triste realtà che oggi emerge in maniera incontrovertibile è che il 30% circa delle prestazioni sanitarie fornite in Italia viene erogato in intramoenia e che 1,7 milioni di cittadini italiani sono dovuti ricorrere a prestiti per potersi curare come ha dimostrato la recentissima analisi realizzata, a gennaio di quest'anno, dall'Istituto di ricerca «mUp Research». Bene ha fatto Orazio Schillaci, attuale ministro della salute, a lanciare l'ennesimo grido d'allarme nel corso della presentazione del bilancio 2025 dell'attività dei carabinieri del Nas ammonendo le Regioni e le Province autonome ad un maggior impegno visto che sul totale dei controlli effettuati dal-

l'Arma dei Carabinieri sono emerse 900 criticità proprio riguardo alla gestione delle prenotazioni e ai volumi dell'attività intramoenia, spesso superiori ai limiti previsti. Speriamo che dal governo centrale arrivino, oltre agli annunci, fatti concreti ed auguriamoci che, anche a livello locale, la politica sappia finalmente onorare al suo ruolo anche rendendo pubblici quei dati che ci potranno far capire in quale direzione (e con quali risultati) si è scelto di destinare quel 5% ricavato dall'attività intramoenia per il contenimento delle liste d'attesa. Con un augurio sincero: che, oltre ai controlli e alle verifiche necessarie (e comunque obbligatorie), ci sia un maggior impegno da parte di tutti e che chi esercita la professione di medico pubblico non ceda al vento del tempo ed abbia quel sussulto di dedizione e di umanità che – forse – si è smarrito nelle tessere del Ravensburger delle norme e dei contratti di lavoro.

**Fabio Cembrani**



Peso:1-4%,3-37%