

Nino Cartabellotta

“Non basta sapere chi accede agli esami ma anche quanti ne restano fuori e perché”

Il presidente di **Gimbe**: “Nella realtà chi può va nel privato e salta la coda chi non può aspetta”

L'INTERVISTA PAOLO FESTUCCIA ROMA

Nino Cartabellotta, la liste d'attesa si sono asciugate o sono cresciute?

«Nel primo semestre 2026 le prenotazioni monitorate dalla Piattaforma salgono da 13,3 a 14,9 milioni (+12,4%) e quelle entro i tempi aumentano di oltre 1,6 milioni, un incremento trainato soprattutto dalla crescita dei volumi. La quota di prestazioni entro i tempi cresce dal 76,4% al 78,5% per le prime visite e dal 82,8% all'84,6% per gli esami diagnostici. Sono segnali positivi, ma parlare di abbattimento delle liste d'attesa è decisamente prematuro, visto che circa 2,8 milioni di prenotazioni restano ancora oltre i tempi di garanzia».

Perché la percezione dei cittadini è molto diversa da quella restituita dai numeri?

«Perché è la realtà. La Piattaforma non monitora tutte le prestazioni, ma solo 14 prime visite e 22 esami diagnostici e si limita alle prenotazioni: ovvero registra gli appuntamenti prenotati, non le prestazioni

effettivamente erogate. Ma, soprattutto, non intercetta tutta la domanda: secondo Agenas, solo il 50,3% delle prescrizioni per prime visite e il 54,4% di quelle per esami diagnostici si traducono in una prenotazione al CUP. Il 25-30% può essere “fisiologico”, ma per il resto la Piattaforma non ci dice quanti sono i cittadini che non riescono a prenotare, rifiutano appuntamenti troppo lontani nel tempo o dal proprio domicilio, pagano di tasca propria o rinunciano alle prestazioni. Certo è che, secondo l'ISTAT, nel 2024 ben 5,8 milioni di persone hanno rinunciato ad almeno una visita specialistica o a un esame diagnostico».

Quali sono i veri nodi?

«In molti territori e specialità l'offerta è insufficiente, soprattutto per la carenza di personale. Pesano anche inappropriata prescrizione, profonde differenze organizzative regionali, scarsa integrazione tra pubblico e privato accreditato, CUP frammentati e agende non sempre accessibili. È indispensabile riorganizzare, informatizzare, recuperare efficienza, ridurre le prestazioni inappropriate. Ma c'è un collo di bottiglia insuperabile: se la domanda appropriata eccede stabilmente la capacità di offerta, nessun algoritmo è in grado di creare medici, infermieri e tecnici che non ci sono».

Perché mancano i dati delle

prestazioni a pagamento?

«La Piattaforma rappresenta un passo avanti, ma una vera operazione di trasparenza richiede dati pubblici aperti per singola prestazione, classe di priorità, Regione e Azienda, distinguendo attività istituzionale, privato convenzionato e intramoenia. È cruciale per capire se il SSN garantisce le prestazioni nei tempi previsti, oppure il cittadino è costretto a pagare. La trasparenza non è un optional: serve a verificare l'esigibilità dei diritti».

Servono correttivi all'attività libero professionale?

«Prima di introdurre nuove norme bisogna applicare e rendere verificabili quelle esistenti. L'intramoenia nasce come attività aggiuntiva rispetto a quella istituzionale e non può diventare la scorciatoia per ottenere a pagamento le prestazioni che il SSN non garantisce nei tempi previsti. Servono dati pubblici che permettano di confrontare, per Azienda e prestazione, volumi e tempi dei due canali di accesso, anche per verificare che l'attività libero-professionale non superi il 50% del lavoro complessivo del medico. Se per la stessa prestazio-

ne, nella stessa struttura e con lo stesso professionista il cittadino deve aspettare mesi con il SSN, ma può ottenerla rapidamente pagando, il problema non è l'intramoenia in sé, ma l'incapacità del SSN di garantire nei tempi una prestazione inclusa nei Livelli Essenziali di Assistenza».

Al di là delle liste d'attesa, quali sono i rischi di questo sistema?

«Il rischio è scambiare per miglioramento dei tempi d'attesa la progressiva selezione nell'accesso alle cure. Se misuriamo solo chi entra nel sistema di prenotazione, lasciamo fuori la parte “mezza vuota” del bicchiere: chi non trova posto, chi rifiuta perché dovrebbe aspettare troppo o andare troppo lontano, chi paga di tasca propria e chi rinuncia. Un SSN universalistico non può limitarsi a misurare quanto velocemente cura chi riesce ad accedere: deve sapere anche quanti cittadini lascia fuori e perché. Altrimenti i tempi di attesa migliorano sulla carta mentre nella vita reale chi può paga e salta la coda, chi non può aspetta o rinuncia. E quando l'accesso alle cure dipende dal portafoglio o dal CAP di residenza, è l'universalismo a rimanere in lista d'attesa». —





“

Nino Cartabellotta

Presidente Fondazione Gimbe

Secondo Agenas,
solo il 50,3% delle
prescrizioni per
prime visite si
traducono in una
prenotazione al CUP



Peso:12-20%,13-15%