



Iole Fantozzi, Sisto Milito
e Marco Pingitore

Il management delle liste di attesa
nel Servizio Sanitario Nazionale

MEDI-CARE

La collana Medi-Care è stata specificatamente studiata per giovani medici, specializzandi e operatori del settore.

I volumi, scritti da medici di provata esperienza, analizzano aspetti e problematiche legate alla professione medica nelle diverse specialità, con un'attenzione particolare al rapporto medico-paziente.



OPEN ACCESS la soluzione FrancoAngeli

Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.



Iole Fantozzi, Sisto Milito
e Marco Pingitore

Il management delle liste di attesa
nel Servizio Sanitario Nazionale

FrancoAngeli®

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190196

Il volume è disponibile anche in formato cartaceo in versione commerciale.
Per maggiori informazioni consultare il sito www.francoangeli.it.

Isbn cartaceo: 9788835187127
Isbn e-book Open Access: 9788835190196
Isbn e-pub Open Access: 9788835190202

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons
Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale
(CC-BY-NC-ND 4.0)*.

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni
della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>*

Indice

Prefazione, di Antonino De Lorenzo	pag. 9
Introduzione	» 11
1. Il labirinto della prenotazione	» 15
1. Cosa sono le liste di attesa	» 15
2. La ricetta medica	» 17
2.1. Dalla prescrizione alla presa in cura	» 18
2.2. La ricetta elettronica e i suoi elementi	» 19
2.3. Regole di compilazione	» 20
2.4. Le sigle U, B, D, P: le classi di priorità	» 20
2.5. In sintesi	» 22
3. L'obbligo di mantenere aperte le agende di prenotazione	» 23
4. Le prestazioni ad accesso diretto: l'eccezione che rafforza la regola	» 24
4.1. L'accesso diretto come modello di governance territoriale	» 25
4.2. L'accesso diretto nella nuova architettura territoriale	» 26
4.3. I benefici del modello	» 26
5. Come funziona l'esenzione dal ticket	» 27
5.1. Le principali tipologie di esenzione	» 27
5.2. Come si ottiene e come si utilizza l'esenzione	» 29
2. Diritto alla salute e percorsi di tutela	» 31
1. L'articolo 32 della Costituzione	» 31
2. I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)	» 35
3. Il Decreto-legge n. 73 del 2024	» 37

3.1.	La Piattaforma Nazionale Liste d'Attesa (PNLA)	pag. 38
3.2.	Chi controlla: l’“Organismo” e il ruolo nuovo del RUAS regionale	» 43
3.3.	CUP: agende aperte, interoperabili, trasparenti	» 44
3.4.	Più offerta quando serve: orari estesi, weekend e regole sull’intramoenia	» 45
3.5.	Personale: allentare i tetti (e i vincoli bocciati dalla Consulta)	» 46
3.6.	Investimenti mirati e rafforzamento dei servizi di comunità (DSM, consultori, screening)	» 47
3.7.	Una spinta fiscale per “fare ore” dove mancano	» 48
3.8.	Che cosa cambia per chi dirige, per chi lavora e per chi prenota	» 48
3.9.	Nodi aperti e attenzioni operative	» 48
3.10.	In sintesi	» 49
4.	Il PNGLA 2025-2027	» 50
4.1.	Il cassetto degli attrezzi: gli allegati A-L del PNGLA	» 50
4.2.	Governo dell’offerta: ambiti di garanzia, percorsi di tutela, attori e modelli	» 51
4.3.	Trasparenza e comunicazione: cosa pubblicare e come	» 51
4.4.	Cosa devono fare Regioni, Aziende, CUP e professionisti	» 52
4.5.	Pubblicazione e “guida alla lettura” dei dati	» 53
4.6.	Ricoveri programmati: organizzazione e controllo qualità	» 53
5.	Percorsi di tutela: cosa succede (e cosa bisogna fare) quando i tempi superano la priorità	» 53
5.1.	Cosa succede allo sportello/CUP quando i tempi superano le priorità	» 54
5.2.	Gli strumenti pratici del percorso di tutela (ambulatoriale)	» 54
5.3.	Le leve organizzative se l’offerta non basta	» 55
5.4.	Percorsi di tutela per i ricoveri programmati (logica sovra-aziendale)	» 55
5.5.	Come si traduce “tutela” in azioni concrete (il flusso operativo)	» 56
5.6.	Cosa deve aspettarsi (e può fare) il cittadino	» 56

6. Attività libero-professionale intramoenia (ALPI): cos’è e come funziona	pag. 57
7. Strutture private accreditate: quando e come possono erogare prestazioni SSN	» 61
8. Mobilità sanitaria e liste di attesa	» 63
8.1. Mobilità sanitaria e liste di attesa	» 63
8.2. Gli indicatori di monitoraggio	» 64
8.3. Le dimensioni del fenomeno	» 65
8.4. Dove (e perché) ci si sposta	» 65
8.4.1. Strutture e professionisti: reputazione e volumi	» 65
8.4.2. Pubblico e privato accreditato	» 66
8.4.3. Ambulatoriale: non solo “esami di laboratorio”	» 66
8.5. Andamenti: una costanza “strutturale” da governare (post-pandemia)	» 66
8.6. In conclusione: dal dato alla pratica	» 67
9. Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato	» 67
 3. Nodi e snodi: analisi delle cause cliniche, organizzative e gestionali delle liste di attesa	 » 70
1. Medicina difensiva e impatto sulla domanda di prestazioni	» 70
2. Attività intramoenia ed extramoenia: equilibrio tra libertà professionale e diritto di accesso	» 75
2.1. L’intramoenia dal punto di vista del cittadino	» 82
3. Rapporto pubblico-privato: integrazione, competizione e sostenibilità del sistema sanitario	» 85
4. I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	» 90
4.1. Perché i PDTA alleggeriscono le liste di attesa	» 91
4.2. I benefici per i malati cronici	» 92
4.3. Come chiedere l’inserimento in un percorso dedicato	» 93
5. Appropriatezza e reale bisogno clinico	» 94
5.1. I RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) e la loro funzione	» 95
5.2. Come si definisce la priorità in base al sospetto clinico	» 96
5.3. Perché l’appropriatezza riduce le liste “inutili”	» 97

4. Sanità digitale nel governo delle liste di attesa	pag. 99
1. Il contributo dell’Intelligenza Artificiale	» 99
1.2. Il CUP dinamico: ottimizzazione degli slot e riduzione dei tempi morti	» 100
2. Le nuove tecnologie a servizio del cittadino	» 103
2.1. Telemedicina: consulti a distanza e presa in carico rapida	» 103
2.2. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	» 110
2.3. L’ospedale virtuale	» 114
2.3.1. La declinazione “privata” in Italia: progetti, ruoli e regole del gioco	» 115
2.3.2. Cosa fa, in concreto, un ospedale virtuale	» 115
2.3.3. Ospedale virtuale e governo delle liste d’attesa	» 116
2.3.4. L’integrazione con l’ecosistema pubblico	» 117
Conclusioni	» 119
Proposte basate sulla sanità digitale	» 125
1. Anticipazione dei picchi e “staffing dinamico”	» 126
2. Gestione “intelligente” dell’equilibrio pubblico-privato	» 126
3. Contrasto al “no-show” (appuntamenti deserti)	» 126
3.1. La “smart waitlist” e il recupero real-time (bot conversazionali)	» 127
4. Triage AI e “check-in clinico digitale”	» 127
5. Supporto all’appropriatezza prescrittiva	» 128
6. Conversione dinamica in telemedicina	» 128
7. Open source e replicabilità delle piattaforme CUP	» 128
8. Utilizzo della blockchain nella gestione delle liste di attesa	» 129
Bibliografia	» 131
Glossario	» 133

Prefazione

Le liste d’attesa costituiscono, da molti anni, uno dei temi più sensibili e dibattuti del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Intorno ai tempi di accesso alle prestazioni si intrecciano l’esperienza dei cittadini, le pressioni dell’attualità politica, le difficoltà delle strutture organizzative e la responsabilità quotidiana dei professionisti. Si tratta di un fenomeno che interroga profondamente il rapporto tra istituzioni e comunità, poiché proprio nell’attesa – talvolta lunga, talvolta non spiegata – si misura la capacità dello Stato di rendere effettivo il diritto alla salute sancito dalla Costituzione.

Questo volume nasce dall’esigenza di riportare il tema oltre la contingenza delle polemiche e restituirlo alla sua complessità sistemica. L’obiettivo è fornire strumenti interpretativi affidabili, basati su evidenze normative, organizzative e cliniche, affinché amministratori, operatori e cittadini possano comprendere davvero come si forma un’attesa, quali fattori la influenzano e quali strategie possono ridurla.

È un lavoro che trae forza dall’esperienza sul campo: da anni trascorsi a osservare, gestire e talvolta ripensare i meccanismi di accesso, in contesti in cui la fragilità della rete dei servizi richiede coraggio, continuità e capacità di integrare saperi diversi. È, in fondo, anche un atto di responsabilità verso chi attende, perché in ogni attesa c’è un bisogno di cura che merita risposte adeguate.

Auspico che questo testo possa offrire un contributo utile e costruttivo al dibattito sul futuro del SSN e sulle riforme necessarie per renderlo più vicino, più equo e più capace di rispondere alle esigenze delle persone.

Prof. Antonino De Lorenzo

Introduzione

Il presente volume si propone di guidare il lettore attraverso un'analisi dettagliata e sistematica delle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'accesso alle cure è talvolta percepito come un percorso “complesso e articolato”, paragonabile a un vero e proprio labirinto amministrativo, popolato da acronimi e terminologie specialistiche.

Al centro di questa trattazione vi è lo strumento cardine che disciplina l'erogazione delle cure: la lista d'attesa. Il libro intende offrire una comprensione approfondita della sua natura, del suo funzionamento e delle regole che ne definiscono la gestione, configurandosi come il presupposto essenziale per esercitare in modo informato e consapevole il proprio diritto costituzionale alla tutela della salute.

Le liste d'attesa non sono un mero elenco di richieste in sospeso, ma un dispositivo organizzativo e di garanzia concepito per assicurare l'equità di accesso in un contesto di risorse non infinite. La loro corretta interpretazione le vede come un meccanismo di governo della domanda sanitaria e un indicatore sensibile dell'efficienza del sistema. La gestione si fonda su criteri di trasparenza, tracciabilità e priorità clinica, in conformità ai principi sanciti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e alle disposizioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA).

Viene chiarito che la lista d'attesa si applica alle prestazioni programmate, regolando l'accesso ai servizi erogati dal SSN e dalle strutture accreditate, escludendo le urgenze cliniche e i programmi di screening. La sua funzione è eminentemente di *governance*: tradurre la complessità del bisogno sanitario collettivo in un flusso ordinato di accessi.

Un focus centrale è dedicato alla ricetta medica (o impegnativa), strumento cardine che formalizza la presa in carico del cittadino e definisce, in base alla valutazione medica, il livello di priorità della prestazione.

L'analisi si sposta poi sul fondamento giuridico, richiamando l'Articolo 32 della Costituzione come l'asse portante del diritto alla salute, tutelato attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I LEA configurano l'insieme dinamico e progressivo di prestazioni e servizi che il sistema pubblico è obbligato ad assicurare all'intera popolazione.

Il libro illustra inoltre le recenti innovazioni legislative, in particolare il Decreto-legge n. 73 del 2024, il quale introduce misure per intervenire sulla misurazione della domanda e sull'organizzazione dell'offerta. Elementi chiave di questa riforma includono la creazione della Piattaforma Nazionale Liste d'Attesa (PNLA) per garantire l'interoperabilità e la trasparenza delle agende, il rafforzamento del controllo tramite l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, e l'obbligo per i CUP di mantenere le agende aperte, interoperabili e di attivare sistemi di conferma o disdetta dell'appuntamento.

Un'attenzione specifica è rivolta ai Percorsi di Tutela, che l'Azienda Sanitaria ha l'obbligo di attivare quando la prima disponibilità supera il tempo massimo previsto dalla classe di priorità, anche ricorrendo ad altri erogatori o prestazioni aggiuntive. Vengono inoltre trattate le esenzioni dal ticket come presidio di equità, e le specifiche aree ad accesso diretto (salute mentale, dipendenze, consultori).

Il testo affronta le cause strutturali dell'allungamento delle liste, tra cui spicca la medicina difensiva, una pratica in cui il medico prescrive visite o esami per cautelarsi da contenziosi anziché per reale necessità clinica, generando un eccesso di domanda artificiale. Si analizzano le conseguenze etiche, organizzative ed economiche di tale fenomeno.

Viene esplorato il delicato rapporto tra l'attività libero-professionale Intramoenia (ALPI) e l'attività istituzionale, riconoscendo che l'ALPI non è la causa originaria delle liste d'attesa, ma ne è spesso l'effetto o la valvola di sfogo. Viene ribadito l'obbligo di mantenere l'equilibrio tra attività privata e pubblica e la necessità di un governo rigoroso per prevenire disuguaglianze di accesso.

Si analizza anche l'importanza cruciale dell'appropriatezza clinica, illustrando come i RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) e i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) siano strumenti essenziali per filtrare le richieste, priorizzare i bisogni reali e creare canali dedicati per i malati cronici.

Infine, l'analisi della mobilità sanitaria fornisce un cruscotto per comprendere dove l'offerta fatica a rispondere al bisogno e come gli spostamenti dei pazienti tra Regioni riflettano gli squilibri organizzativi che alimentano le attese.

Il volume si conclude esplorando il contributo fondamentale della sanità

digitale nel governo delle liste di attesa. L'implementazione di soluzioni di Intelligenza Artificiale (AI) per la previsione della domanda e l'ottimizzazione delle agende (CUP dinamico) è vista come una leva per aumentare la produttività e ridurre i tempi morti.

Vengono descritte le nuove tecnologie a servizio del cittadino: la Telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio) che, supportata da massicci investimenti PNRR, abbatte le barriere geografiche e alleggerisce il carico ambulatoriale, e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0), pilastro della sanità digitale che garantisce l'accesso unificato alla storia clinica, essenziale per la continuità di cura e la trasparenza. Si discute anche del modello dell'ospedale virtuale, come strategia organizzativa per liberare letti ospedalieri e gestire acuzie a bassa intensità a domicilio.

In conclusione, il libro dimostra che affrontare le liste d'attesa è una questione di coerenza strategica. La sfida è duplice: superare le disorganizzazioni e le inappropriatezze, e implementare gli strumenti normativi e tecnologici per trasformare il tempo di attesa in un “dispositivo di governo” ordinato e prevedibile. Solo attraverso un quadro integrato di trasparenza, tracciabilità, tutela e tecnologia sarà possibile onorare la promessa costituzionale del diritto alla salute.

Gli Autori

1. Il labirinto della prenotazione

L’accesso alle prestazioni sanitarie attraverso il Servizio Sanitario Nazionale può talvolta configurarsi come un percorso complesso e articolato. La percezione di muoversi all’interno di un vero e proprio labirinto amministrativo, popolato da terminologie specialistiche, acronimi e passaggi procedurali, rappresenta un’esperienza condivisa da un’ampia parte della popolazione.

Il presente capitolo intende offrire una trattazione chiara e sistematica delle modalità di accesso alle cure, ponendo al centro lo strumento cardine che ne disciplina l’erogazione: la lista di attesa. Comprendere la natura, il funzionamento e le regole che ne definiscono la gestione costituisce il presupposto essenziale per esercitare in modo informato e consapevole il proprio diritto costituzionale alla tutela della salute.

1. Cosa sono le liste di attesa

La lista di attesa rappresenta un dispositivo organizzativo e di garanzia, concepito per assicurare l’equità di accesso alle prestazioni sanitarie in un contesto di risorse non infinite. Essa consente al Servizio Sanitario Nazionale di coniugare la necessità di tempestività clinica con il principio di appropriatezza, assicurando che ogni cittadino riceva la prestazione necessaria nel tempo compatibile con la propria condizione di salute.

La gestione delle liste di attesa si fonda su criteri di trasparenza, tracciabilità e priorità clinica, in conformità ai principi sanciti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e alle disposizioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Ogni prenotazione costituisce un atto amministrativo formalmente registrato che attribuisce al cittadino una posizione definita e verificabile nel sistema. Da tale momento decorre il termine entro il quale

la prestazione deve essere garantita, in coerenza con la classe di priorità assegnata dal medico prescrittore.

La distinzione tra le classi di priorità consente di strutturare una risposta sanitaria proporzionata alla gravità del bisogno. Questo sistema, pur essendo amministrativo nella forma, ha una valenza clinica sostanziale: rappresenta la traduzione operativa del principio di equità, in base al quale non tutti devono attendere lo stesso tempo, ma ciascuno deve attendere il tempo giusto in rapporto al proprio stato di salute. Interpretata in questa prospettiva, la lista di attesa non è un mero strumento di registrazione, bensì un meccanismo di governo della domanda sanitaria e un indicatore sensibile dell'efficienza del sistema. La sua corretta gestione richiede competenze organizzative, capacità di programmazione delle risorse e un continuo monitoraggio dei flussi di prenotazione e di erogazione. Analizzarla significa, pertanto, osservare il funzionamento stesso del sistema sanitario pubblico nella sua dimensione più concreta: quella in cui il diritto alla salute incontra la realtà dei servizi, dei tempi e delle priorità.

In questa prospettiva, la lista di attesa non è una mera somma di agende o un deposito di richieste in sospeso, ma una rete di governo integrato, nella quale ogni singolo nodo (ambulatorio, reparto, servizio diagnostico) partecipa a un sistema unitario di regolazione della domanda e dell'offerta.

Chiarire cosa la lista di attesa non è, aiuta a delimitarne la funzione reale. Essa non coincide con l'agenda personale di un medico, né rappresenta un elenco riservato o manipolabile; non riguarda le urgenze cliniche, che continuano a essere gestite dai percorsi emergenziali ospedalieri e territoriali; non include i programmi di screening, che seguono protocolli e tempistiche specifiche. La lista di attesa si applica invece alle prestazioni programmate, regolando in modo trasparente e comparabile l'accesso ai servizi erogati dal SSN e dalle strutture accreditate.

La sua funzione è, dunque, eminentemente di *governance*: tradurre la complessità del bisogno sanitario collettivo in un flusso ordinato di accessi, compatibile con le risorse disponibili e coerente con i criteri di priorità clinica.

La differenza tra un sistema che “accumula code” e un sistema che “gestisce accessi” risiede nella capacità di passare da una logica di attesa passiva a quella di governo attivo, fondata su equità, trasparenza e responsabilità condivisa tra istituzioni, professionisti e cittadini.

Si può comprendere con chiarezza il funzionamento delle liste di attesa attraverso un esempio concreto.

Una persona contatta il Centro Unico di Prenotazione (CUP) munita di una prescrizione per “prima visita cardiologica” con priorità D (Differibile). L'operatore, dopo aver identificato la tipologia di prestazione e la classe di

priorità, consulta il sistema informativo e propone la prima data utile che rispetti il termine massimo previsto (30 giorni).

Se l'utente accetta l'appuntamento, la richiesta viene formalmente chiusa con una prenotazione: la riga corrispondente del registro non rappresenta più un'attesa astratta, ma un impegno reciproco tra il cittadino e il Servizio sanitario. Se invece la persona richiede un'altra sede o un orario diverso che comportino un rinvio oltre lo standard garantito, l'attesa diventa una scelta individuale e non rientra più nei tempi di garanzia. Lo stesso principio vale, ad esempio, per una risonanza magnetica con priorità B (Breve): il sistema deve individuare una disponibilità entro 10 giorni, anche estendendo la ricerca a più erogatori presenti nell'ambito territoriale di garanzia. Qualora il sistema non sia in grado di rispettare tale limite, vengono attivate misure di tutela ulteriori, tra cui la possibilità di rivolgersi ad altre strutture, anche private accreditate, senza oneri aggiuntivi.

Non tutte le attese sono uguali, poiché ciascuna tipologia di prestazione segue regole e tempi di gestione specifici. In particolare:

- *visite specialistiche*: comprendono sia le prime visite (il primo contatto con lo specialista per un nuovo problema di salute), sia le visite di controllo (finalizzate al monitoraggio di una patologia già nota o in trattamento);
- *esami diagnostici*: includono le prestazioni strumentali (TAC, risonanze magnetiche, ecografie) e quelle di laboratorio (analisi del sangue, urine, ecc.), indispensabili per la diagnosi o il follow-up clinico;
- *ricoveri programmati*: riguardano gli interventi chirurgici o i trattamenti medici che richiedono un periodo di degenza ospedaliera, ma non presentano carattere d'urgenza, in quanto distinti dai ricoveri tramite il Pronto Soccorso.

Questa articolazione riflette la complessità del sistema e sottolinea come la gestione delle liste d'attesa rappresenti un processo di regolazione multilivello, volto a garantire equità e appropriatezza nell'accesso alle diverse forme di assistenza sanitaria.

2. La ricetta medica

Il documento cardine per l'accesso alla quasi totalità delle prestazioni specialistiche e diagnostiche erogate dal Servizio Sanitario Nazionale è la ricetta medica, comunemente denominata impegnativa.

Oggi, nella quasi totalità delle regioni italiane, essa è dematerializzata,

ossia redatta in formato elettronico. La ricetta non costituisce una mera prescrizione, ma rappresenta uno strumento clinico e amministrativo che formalizza la presa in carico del cittadino e definisce, in base alla valutazione medica, il livello di priorità della prestazione richiesta.

La compilazione della ricetta è attribuita principalmente al Medico di Medicina Generale (MMG) o al Pediatra di Libera Scelta (PLS). Entrambe queste figure svolgono una funzione di *gatekeeper* del sistema sanitario, assicurando che l'accesso alle prestazioni avvenga in modo appropriato e proporzionato rispetto al bisogno clinico (Gabanello, Ravizza, 2024).

Il SSN attribuisce loro questa funzione di regia per due motivazioni essenziali:

- *conoscenza complessiva del paziente*: il medico di famiglia è, idealmente, il professionista che dispone di una visione integrata e continuativa della storia clinica dell'assistito, delle sue patologie e dei trattamenti in corso o pregressi;
- *valutazione del bisogno di salute*: il medico analizza il sintomo o la richiesta del paziente, determinando se esista un reale bisogno clinico di ulteriori accertamenti specialistici o diagnostici e individuando, in tal caso, il percorso assistenziale più appropriato.

In assenza di questo filtro professionale, il sistema sanitario sarebbe esposto a un accesso diretto, massivo e non governato alle prestazioni, con il rischio di saturare le agende, allungare ulteriormente i tempi di attesa e compromettere la sostenibilità economica e organizzativa dell'intero sistema.

La ricetta costituisce, pertanto, il primo strumento di governo della domanda sanitaria, un elemento di equilibrio tra il diritto individuale alla cura e la gestione efficiente delle risorse pubbliche.

2.1. Dalla prescrizione alla presa in cura

Nella percezione comune, la ricetta medica viene spesso considerata come un semplice adempimento burocratico, necessario per procedere alla prenotazione. In realtà, essa svolge un ruolo strategico nel garantire un accesso regolato, equo e clinicamente appropriato ai servizi sanitari.

La funzione principale della ricetta non è quella di autorizzare una prestazione, ma di assicurare l'appropriatezza clinica della richiesta.

Nel momento in cui il medico compila la ricetta elettronica, esercita una responsabilità professionale esclusiva, valutando se la prestazione richiesta – ad esempio una risonanza magnetica – sia effettivamente necessaria, ap-

propriata e giustificata rispetto al quesito diagnostico, cioè al sospetto clinico che ne costituisce la motivazione.

Questo passaggio è cruciale per la sostenibilità del SSN, poiché un uso appropriato delle prescrizioni consente di:

- evitare esami superflui o duplicati;
- prevenire il sovraffollamento delle liste d'attesa;
- destinare risorse e tempi d'erogazione a pazienti con effettiva priorità clinica.

2.2. La ricetta elettronica e i suoi elementi

Anche i medici specialisti del SSN, nell'ambito di strutture pubbliche o accreditate, possono emettere ricette per esami di approfondimento o per il monitoraggio programmato (follow-up). Tuttavia, il percorso di cura trae quasi sempre origine da un bisogno di salute percepito dal cittadino e successivamente valutato e inquadrato dal medico curante. Quando il professionista ritiene necessaria una prestazione, egli compila la ricetta elettronica che genera l'impegnativa (raramente in forma cartacea "ricetta rossa") contenente i dati essenziali per la prenotazione. Queste informazioni sono indispensabili per la prenotazione tramite CUP, farmacia o piattaforme online regionali.

La ricetta elettronica contiene i seguenti elementi chiave:

- *Numero di Ricetta Elettronica* (NRE): codice univoco di 15 caratteri che identifica la prescrizione e ne consente la tracciabilità in ogni fase del percorso;
- *dati anagrafici dell'assistito*: nome, cognome, codice fiscale, eventuale indicazione di esenzione dal ticket;
- *descrizione della prestazione o del farmaco*: redatta secondo il nomenclatore nazionale delle prestazioni sanitarie;
- *quesito diagnostico*: motivazione clinica della prescrizione, espressa in forma testuale e/o mediante codice ICD (*International Classification of Diseases*);
- *classe di priorità*: lettera (U, B, D, P) che definisce il grado di urgenza e il tempo massimo di erogazione previsto;
- *branca specialistica*: ogni ricetta deve riferirsi a una sola branca, garantendo coerenza e chiarezza nella gestione amministrativa e clinica.

2.3. Regole di compilazione

Le norme nazionali e le linee guida regionali stabiliscono criteri uniformi per la compilazione delle ricette, al fine di assicurare trasparenza e uniformità nei flussi di prenotazione:

- massimo otto prestazioni per ricetta, appartenenti alla medesima branca specialistica, sia per visite sia per esami diagnostici;
- eccezione per la riabilitazione: nelle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa è ammessa la prescrizione di cicli di trattamento (fino a 3 cicli, estendibili a 6 in particolari condizioni cliniche), indicando il numero dei cicli e non le singole sedute;
- separazione tra prestazioni esenti e non esenti: non possono essere riportate sulla stessa impegnativa, è necessario compilare ricette distinte;
- ricette separate per branche diverse, così da garantire un percorso assistenziale ordinato, appropriato e pienamente tracciabile.

In conclusione, la ricetta medica rappresenta il punto di avvio del percorso di cura e costituisce il primo e fondamentale strumento di governo della domanda sanitaria. Essa esprime un atto di responsabilità clinica e gestionale, nel quale si integrano la valutazione professionale del medico e il diritto del cittadino ad accedere a prestazioni appropriate, tempestive e trasparenti all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Una compilazione corretta e una piena consapevolezza del suo significato sono condizioni essenziali per garantire efficienza, qualità ed equità nel funzionamento del sistema sanitario pubblico.

2.4. Le sigle U, B, D, P: le classi di priorità

Il dato più rilevante riportato sulla ricetta, ai fini della gestione delle liste d'attesa, è la classe di priorità.

Il medico prescrittore ha l'obbligo di indicare una lettera identificativa che stabilisce il tempo massimo entro il quale il cittadino ha diritto a ricevere la prestazione richiesta. Le classi di priorità hanno la funzione di assicurare che l'assistenza sia erogata con appropriatezza e tempestività, in relazione alla condizione clinica del paziente.

Le quattro classi sono:

- U (Urgente): prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, di norma entro 72 ore. È riservata a condizioni cliniche che

- possono evolvere rapidamente o comportare un rischio significativo di aggravamento;
- B (Breve): prestazione da eseguire entro 10 giorni. Si applica a situazioni che, pur non configurando un'urgenza, necessitano di un tempestivo inquadramento diagnostico o terapeutico;
 - D (Differibile): prestazione da eseguire entro 30 giorni per le visite specialistiche ed entro 60 giorni per gli esami diagnostici. Riguarda condizioni che richiedono un approfondimento non urgente, ma comunque clinicamente appropriato;
 - P (Programmata): prestazione da eseguire entro 120 giorni, estendibili fino a 180 per alcune prestazioni complesse secondo la normativa regionale. È destinata ai controlli periodici, al monitoraggio di patologie croniche stabilizzate o ai follow-up non urgenti.

La scelta della classe di priorità non è un elemento discrezionale, né del cittadino né dell'amministrazione, ma costituisce un atto di responsabilità clinica esclusiva del medico prescrittore.

Tale decisione si fonda su due elementi cardine:

- *quesito diagnostico*: rappresenta la motivazione clinica della prescrizione, ovvero il sospetto diagnostico o la condizione che si intende approfondire (ad es. "sospetta neoplasia", "dolore toracico atipico", "ipertensione da rivalutare").
- *appropriatezza clinica*: il medico verifica che la prestazione richiesta sia realmente indicata, necessaria e proporzionata al quesito diagnostico, evitando prescrizioni non giustificate che finirebbero per sovraccaricare le liste d'attesa e ridurre l'accessibilità per i pazienti con bisogni più urgenti.

I tempi massimi previsti (72 ore, 10 giorni, 30/60 giorni, 120/180 giorni) non rappresentano semplici indicazioni di massima, ma veri e propri diritti esigibili del cittadino, definiti dalle norme nazionali e regionali che regolano la garanzia dei LEA. La loro applicazione concreta, tuttavia, può variare sensibilmente tra territori, in funzione delle differenze organizzative, delle risorse disponibili e dei modelli gestionali adottati. In alcune realtà, il pieno rispetto degli standard temporali costituisce ancora un obiettivo da consolidare. Comprendere il significato e il corretto utilizzo delle classi di priorità non è un esercizio formale, ma un elemento essenziale per conoscere e tutelare un diritto fondamentale: l'accesso equo, tempestivo e appropriato alle cure. Dietro ogni prenotazione vi sono persone, percorsi e bisogni di salute che il sistema deve riconoscere, rispettare e prendere in carico con responsabilità.

2.5. In sintesi

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale avviene, nella quasi totalità dei casi, tramite una ricetta medica (impegnativa), oggi prevalentemente dematerializzata. Il processo può essere sintetizzato come segue:

- *compilazione della ricetta elettronica*: il medico prescrittore inserisce la prestazione richiesta, la classe di priorità (U-B-D-P) per i primi accessi, il quesito diagnostico e, se presente, il codice di esenzione;
- *generazione dell'NRE*: il sistema informatico produce un Numero di Ricetta Elettronica, che, insieme al codice fiscale dell'assistito, costituisce la credenziale necessaria per la prenotazione tramite CUP (sportello, telefono, web/app o farmacia abilitata);
- *prenotazione e ticket*: il sistema collega l'appuntamento alla ricetta e calcola l'eventuale ticket, da pagare prima della visita o dell'esame. Sono esenti dal pagamento le prestazioni previste per motivi di reddito, patologia, invalidità, gravidanza o programmi di prevenzione;
- *pagamento*: salvo diverse disposizioni regionali, il ticket deve essere pagato al momento della prenotazione o, al più tardi, prima dell'accettazione il giorno dell'appuntamento. Il pagamento può avvenire presso sportelli CUP, farmacie convenzionate, totem aziendali e piattaforme online regionali (es. PagoPA). A pagamento effettuato, il cittadino riceve una quietanza (cartacea o digitale) associata all'NRE, da presentare insieme alla tessera sanitaria e a un documento d'identità;
- *gestione delle esenzioni*: se l'esenzione non risulta registrata automaticamente, è necessario presentare la documentazione al CUP per l'aggiornamento anagrafico o richiedere la rettifica al medico prescrittore. In assenza di tali adempimenti, il ticket viene addebitato;
- *prestazioni multiple*: quando la ricetta contiene più prestazioni eseguibili nella stessa seduta, il ticket può essere cumulativo, secondo quanto stabilito dalle singole regioni; possono inoltre essere previste quote fisse per ricetta o per singola prestazione;
- *accettazione amministrativa*: nel giorno dell'appuntamento, il cittadino effettua l'accettazione (verifica del pagamento o dell'esenzione e controllo anagrafico), quindi accede all'ambulatorio;
- *refertazione*: a conclusione della prestazione, vengono fornite le istruzioni per l'eventuale ritiro del referto, disponibile tramite Fascicolo Sanitario Elettronico, portale referiti o consegna diretta.

È utile ricordare che molte Regioni prevedono il pagamento del ticket anche in caso di mancata presentazione all'appuntamento, qualora non venga effettuata la disdetta entro i termini indicati nella Carta dei Servizi. Per questo motivo sono fortemente raccomandati i sistemi di promemoria automatici (SMS, e-mail, app) e la possibilità di disdire o riprogrammare l'appuntamento in modo tempestivo, conservando la prova dell'avvenuta comunicazione.

L'accesso in emergenza-urgenza (pronto soccorso) segue regole completamente diverse: non richiede ricetta medica e si basa sul triage clinico, con eventuale partecipazione alla spesa solo per i codici a bassa priorità.

Per tutte le prestazioni programmate, invece, la “porta d’ingresso” rimane la ricetta correttamente compilata, il pagamento (quando dovuto) prima dell’erogazione e la tracciabilità dell’intero percorso – dalla prenotazione al referto – che garantisce trasparenza e tutela per il cittadino e per l’organizzazione sanitaria.

3. L’obbligo di mantenere aperte le agende di prenotazione

È fatto divieto di sospendere o chiudere le agende di prenotazione relative alle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale. Tutti i canali CUP devono rimanere continuamente operativi e in grado di registrare la domanda dei cittadini, fatta eccezione per situazioni circoscritte di disservizio tecnico che devono comunque essere tempestivamente comunicate attraverso il sito istituzionale dell’Ente sanitario, come previsto dall’art. 1, comma 282, della Legge 266/2005.

Da tale divieto discende un principio operativo essenziale: anche quando non risultano disponibili slot entro i tempi massimi previsti dalla classe di priorità, il sistema di prenotazione non può rifiutare la richiesta né bloccare l’agenda. Deve comunque proporre la prima data utile disponibile, anche se oltre soglia, prendere formalmente in carico la domanda e attivare le misure correttive previste dalle normative e dalle procedure regionali: ricerca della disponibilità in rete, ampliamento dell’ambito territoriale, utilizzo di strutture alternative o ulteriori strumenti organizzativi finalizzati al rientro negli standard di garanzia.

Le disposizioni più recenti impongono ai CUP l’adozione di meccanismi di ottimizzazione delle agende, come la conferma o la disdetta preventiva dell’appuntamento, al fine di liberare tempestivamente gli slot non utilizzati. Questa infrastruttura organizzativa è efficace solo se le agende rimangono aperte, visibili e prenotabili, poiché la tutela del cittadino inizia dalla piena tracciabilità della domanda.

Quando non sia possibile assegnare immediatamente un appuntamento entro i tempi di garanzia, deve essere attivata una prelista, ossia una registrazione formale della richiesta – con riferimento alla ricetta e alla classe di priorità – che consente il rapido ripescaggio degli slot che si rendono disponibili e documenta l'avvio delle misure di tutela previste.

Approfondiremo nel capitolo successivo le modalità operative della prelista; è qui sufficiente ribadire un principio cardine: l'agenda non si chiude mai, la prenotazione deve sempre essere registrata e da tale registrazione discendono gli obblighi organizzativi necessari a garantire l'accesso nei tempi stabiliti.

4. Le prestazioni ad accesso diretto: l'eccezione che rafforza la regola

Nel sistema sanitario pubblico, la regola generale per l'accesso alle prestazioni è la prescrizione medica, indispensabile per assicurare appropriatezza, tracciabilità e un corretto governo della domanda.

Esistono tuttavia specifici ambiti assistenziali nei quali il Servizio Sanitario Nazionale consente al cittadino di accedere direttamente ai servizi, senza necessità di impegnativa.

Questa modalità rappresenta una deroga organizzativa motivata da esigenze di sanità pubblica: ridurre le barriere di accesso, favorire l'intercettazione precoce dei bisogni e garantire una presa in carico tempestiva di persone particolarmente vulnerabili, per le quali l'attesa o passaggi burocratici aggiuntivi potrebbero determinare un peggioramento clinico o sociale.

L'accesso diretto è previsto in tre aree fondamentali dell'assistenza pubblica (art. 3 co. 1 lettera c) Decreto-legge 73/24):

- salute mentale;
- dipendenze patologiche;
- assistenza consultoriale.

Nei sistemi organizzativamente più avanzati, l'accesso diretto è gestito tramite agende CUP dedicate e tracciabili, che consentono trasparenza, monitoraggio dei flussi e continuità operativa, così come stabilito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.

In tutti gli ambiti considerati si riscontra una comune filosofia organizzativa, orientata alla riduzione dei tempi di accesso e alla semplificazione dei passaggi intermedi, con l'obiettivo di assicurare una risposta integrata, tempestiva e proporzionata al bisogno. Tale approccio mira a intercettare preco-

cemente i bisogni emergenti – di natura evolutiva, psicologica, sanitaria o sociale – prevenendo la loro evoluzione in condizioni di urgenza o in veri e propri stati di emergenza.

Il primo accesso può avvenire, tuttavia, senza necessità di impegnativa, mentre la programmazione degli incontri successivi è gestita direttamente dal servizio, garantendo continuità assistenziale e coordinamento tra i professionisti coinvolti.

4.1. L'accesso diretto come modello di governance territoriale

L'accesso diretto non è un canale preferenziale o “di favore”: è una scelta organizzativa razionale, costruita per quei contesti in cui il valore clinico risiede nella presa in carico tempestiva e nella continuità assistenziale.

Questo approccio risponde a una precisa logica di sanità di prossimità, in cui l'efficienza non si misura solo sul numero di prestazioni, ma sulla capacità del sistema di intercettare precocemente i bisogni, riducendo le ricadute sul pronto soccorso e sull'ospedalizzazione.

Un esempio emblematico è rappresentato dai servizi di salute mentale. L'accesso diretto ai Centri di Salute Mentale (CSM) o agli sportelli territoriali è una risposta clinicamente fondata e socialmente utile: consente di intervenire precocemente su ansia, attacchi di panico, somatizzazioni e crisi reattive, evitando il ricorso improprio al Pronto Soccorso.

I dati nazionali confermano questa necessità: nel 2023¹ gli accessi in PS per motivi psichiatrici sono stati 573.663, pari al 3,1% di tutti gli accessi (18.421.877). Solo il 13,0% di questi si conclude con un ricovero (in oltre la metà dei casi in reparti di psichiatria), mentre il 73,7% rientra al domicilio senza necessità di degenza. Di questi, il 38,6% è classificato come “sindromi nevrotiche e somatoformi”, ovvero quadri clinici che potrebbero essere gestiti efficacemente a livello territoriale con interventi psicologici o psichiatrici tempestivi.

Questi numeri delineano un messaggio chiaro: una parte consistente dei cittadini che oggi si rivolge al PS potrebbe trovare una risposta più appropriata e tempestiva sul territorio, se le porte d'accesso territoriali fossero realmente operative, visibili e prenotabili.

1. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3502_allegato.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

4.2. L'accesso diretto nella nuova architettura territoriale

La riforma introdotta dal Decreto Ministeriale n. 77 del 2022 ha ridisegnato la rete dei servizi territoriali in chiave integrata, prevedendo strumenti e nodi organizzativi funzionali anche all'accesso diretto:

- *Case della Comunità*, come primo punto di accesso multi-professionale per il cittadino;
- *Centrali Operative Territoriali* (COT), per coordinare la presa in carico e garantire la continuità assistenziale;
- *Numero unico 116117*, dedicato alle urgenze non emergenti, nel quale la salute mentale è espressamente inclusa tra i percorsi di prossimità e integrazione sociosanitaria.

Questo modello sposta il baricentro dall'ospedale al territorio, offrendo la possibilità di realizzare colloqui clinici, triage psichici, terapie di primo livello e follow-up senza passaggi burocratici o “rimbalzi” amministrativi.

In pratica, l'accesso diretto al CSM o a uno sportello di Casa della Comunità consente di fissare un appuntamento di accoglienza in tempi ravvivinati, con valutazione clinica e presa in carico immediata quando necessario (gestione dell'ansia, interventi brevi, attivazione del MMG, teleconsulenza specialistica).

4.3. I benefici del modello

L'adozione sistematica dell'accesso diretto produce benefici a più livelli:

- il cittadino viene accolto e valutato rapidamente, nel luogo più appropriato;
- il Pronto Soccorso si decongestiona dalle false urgenze;
- il sistema sanitario migliora in efficienza e continuità, offrendo percorsi coerenti fin dal primo contatto.

La chiave organizzativa non consiste nell'aggiungere nuovi passaggi, ma nel rendere prenotabile, visibile e tracciabile il primo accesso territoriale – attraverso CUP e NEA 116117 (Numero Europeo Armonizzato per l'accesso a servizi sanitari non urgenti) – con slot dedicati per la salute mentale e la possibilità di tele-triage quando non è necessario un incontro in presenza.

In tal modo si riduce la variabilità territoriale, si valorizza l'intervento psicologico precoce e si riservano i percorsi ospedalieri ai soli casi effetti-

vamente acuti, evitando che l'ansia collettiva saturi i canali dell'emergenza mentre il bisogno clinico urgente rimane in attesa.

Un ulteriore tassello di questa evoluzione è rappresentato dallo sviluppo della figura dello psicologo di assistenza primaria, oggi oggetto di diverse proposte di legge nazionali. La sua integrazione stabile nelle cure primarie, accanto a MMG e PLS, risponde a una logica di prevenzione secondaria e presa in carico precoce dei disturbi emotivi e comportamentali, contribuendo a consolidare un modello territoriale di salute integrata, realmente centrato sulla persona.

5. Come funziona l'esenzione dal ticket

Come illustrato nei paragrafi precedenti, la ricetta medica costituisce lo strumento attraverso il quale il cittadino accede alle prestazioni specialistiche e diagnostiche garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

In via generale, tali prestazioni – incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) – sono soggette a una forma di partecipazione economica da parte dell'assistito, comunemente denominata *ticket*.

Sono tuttavia previste specifiche condizioni che esonerano il cittadino dal versamento di tale quota.

Le esenzioni dal ticket rappresentano, infatti, un presidio essenziale per garantire equità e universalismo nell'accesso alle cure, assicurando una particolare tutela alle persone che versano in condizioni di fragilità economica, sociale o sanitaria. Si tratta di un meccanismo strutturale del sistema pubblico, orientato a mitigare le barriere economiche che potrebbero ostacolare l'appropriatezza e la tempestività dell'assistenza.

5.1. Le principali tipologie di esenzione

Il Servizio Sanitario Nazionale prevede diverse tipologie di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, ciascuna fondata su presupposti normativi specifici e su criteri di eleggibilità chiaramente definiti:

1. *esenzioni per reddito*: eventualmente combinate con requisiti anagrafici, destinate a tutelare i cittadini in condizioni economiche svantaggiate. Le principali casistiche riconducibili a questa tipologia includono:
 - bambini di età inferiore ai sei anni e adulti di età superiore ai sessantacinque, appartenenti a nuclei familiari con un reddito complessivo entro le soglie stabilite annualmente;

- disoccupati iscritti ai Centri per l'Impiego e i loro familiari fiscalmente a carico;
- titolari di assegno sociale (già pensione sociale) e familiari a carico;
- titolari di pensione al minimo di età superiore ai sessant'anni e relativi familiari a carico.

Tali esenzioni sono identificate da codici alfanumerici contraddistinti dalla lettera "E" (ad esempio E01, E02, E03, E04) e, in taluni casi, possono essere attribuite automaticamente tramite il Sistema Tessera Sanitaria, sulla base delle informazioni reddituali trasmesse dall'Agenzia delle Entrate. Questo meccanismo consente di semplificare le procedure amministrative e di garantire una più efficace tutela delle fasce economicamente deboli;

2. *esenzioni per patologia*: rientrano in questa categoria le esenzioni riconosciute ai cittadini affetti da malattie croniche e invalidanti, nonché da malattie rare, individuate da specifici decreti ministeriali. Tali esenzioni garantiscono l'accesso gratuito alle prestazioni strettamente correlate alla condizione patologica certificata – quali visite specialistiche, esami di monitoraggio e controlli periodici – e non si estendono all'intero novero delle prestazioni sanitarie.

A titolo esemplificativo, un assistito con diabete mellito (codice 013) ha diritto all'esenzione per gli accertamenti necessari alla valutazione della glicemia e alla sorveglianza delle eventuali complicanze, ma non può beneficiare della gratuità per prestazioni non correlate, come una radiografia eseguita in seguito a un trauma. I codici identificativi delle esenzioni per patologia sono di natura numerica (ad esempio 013 per il diabete mellito, 031 per l'ipertensione arteriosa complicata da danno d'organo) e costituiscono lo strumento amministrativo attraverso cui si definisce il perimetro delle prestazioni erogabili in regime di esenzione;

3. *esenzioni per invalidità*: questa tipologia di esenzione è attribuita ai cittadini che abbiano ottenuto un formale riconoscimento di invalidità da parte delle competenti commissioni medico-legali dell'INPS o dell'Azienda Sanitaria Locale. L'ambito delle prestazioni erogabili in esenzione varia in funzione della natura e del grado di invalidità riconosciuta – invalidità civile, invalidità di guerra, per servizio, o da lavoro – e può comprendere l'intera gamma delle prestazioni specialistiche e diagnostiche oppure limitarsi a quelle direttamente correlate alla condizione invalidante. Le esenzioni per invalidità sono identificate da specifici codici alfabetici (ad esempio C01, C02, C03), che ne definiscono il perimetro applicativo e consentono agli operatori sanitari di individuare con precisione le prestazioni erogabili in regime di gratuità;

4. *esenzioni per condizioni particolari o situazioni specifiche*: oltre alle ca-

tegorie precedenti, la normativa prevede ulteriori casi in cui l'assistito è esonerato dal pagamento del ticket, tra cui:

- gravidanza: copertura totale delle prestazioni specialistiche e diagnostiche connesse al monitoraggio della gestazione, secondo il protocollo ministeriale allegato al D.M. 10 settembre 1998;
- programmi di screening oncologico: gratuità degli esami di diagnosi precoce (es. mammografia, pap-test, ricerca del sangue occulto nelle feci) nell'ambito di campagne nazionali o regionali;
- diagnosi e accertamento dell'infezione da HIV: il test è gratuito e anonimo, come previsto dal D.M. 8 giugno 1990.

5.2. Come si ottiene e come si utilizza l'esenzione

Il diritto all'esenzione deve essere certificato dall'Azienda Sanitaria di appartenenza, che rilascia l'attestazione al cittadino dopo la verifica dei requisiti anagrafici, reddituali o sanitari.

Fanno eccezione alcune esenzioni per reddito (come E01, E03, E04), attribuite automaticamente dal sistema informativo centrale attraverso incrocio dei dati fiscali e anagrafici, senza necessità di domanda diretta.

Il passaggio fondamentale, che collega il diritto all'esenzione alla ricetta medica elettronica, è il seguente:

- il diritto all'esenzione deve essere indicato sulla ricetta al momento della prescrizione;
- è il medico prescrittore (MMG o specialista) che, su richiesta dell'assistito e previa verifica del diritto, riporta il codice di esenzione nel campo dedicato della ricetta elettronica.

Esempi:

- E01 – esenzione per reddito (minori di 6 anni o over 65 con basso reddito);
- E02 – disoccupati e familiari a carico;
- 013 – diabete mellito;
- C01 – invalidi civili al 100%;
- M00 – gravidanza fisiologica (protocollo ministeriale).

Se la ricetta non riporta il codice di esenzione, il sistema informativo del SSN non riconosce automaticamente il diritto: in tal caso, il cittadino è tenuto a pagare il ticket al momento della prenotazione o dell'erogazione della prestazione, anche se in possesso dell'attestato di esenzione.

Per evitare tale evenienza, è buona norma che l'assistito:

- verifichi periodicamente la validità dell'esenzione (alcuni codici, come quelli per reddito, scadono annualmente);
- controlli che il codice sia correttamente indicato sulla ricetta elettronica prima della prenotazione;
- aggiorni la propria posizione anagrafica e sanitaria presso l'ASL in caso di variazione del reddito, del domicilio o dello stato di salute.

In sintesi, l'esenzione dal ticket rappresenta uno degli strumenti più importanti di equità e tutela del diritto alla salute previsti dal Servizio Sanitario Nazionale.

2. Diritto alla salute e percorsi di tutela

1. L'articolo 32 della Costituzione

Il diritto alla salute, in Italia, non è solo un capitolo di diritto sanitario, ma è la trama su cui si intrecciano dignità della persona, solidarietà sociale e responsabilità pubblica. Fa parte dei diritti umani fondamentali

riconosciuti a livello internazionale ed è rilevante per tutti gli Stati. Infatti, ognuno di essi ha preso parte alla ratifica di almeno un documento internazionale sui diritti umani che riconosce quello alla salute e molti lo promuovono con atti e politiche sanitarie specifici (Veronelli, 2024). In queste parole c'è già tutta la sua originalità: la salute è bene individuale che riguarda la vita concreta di ciascuno. La comunità ha interesse a promuoverla, prevenire i rischi, renderla accessibile, organizzare percorsi e strumenti per non lasciare indietro nessuno. Lo stesso articolo richiama un limite preciso al potere curativo: i trattamenti non possono essere imposti se non per legge e sempre nel rispetto della persona. È un equilibrio sottile tra promozione attiva, protezione dal bisogno e garanzia dell'autodeterminazione che ha guidato ogni grande passaggio della nostra sanità.

Questo equilibrio prende forma istituzionale con la Legge 833 del 1978, la riforma che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale. Con essa si abbandona il modello mutualistico, frammentato e legato alla posizione lavorativa, per abbracciare un assetto universalistico, finanziato dalla fiscalità generale, ispirato ai principi di uguaglianza, equità e globalità delle prestazioni. Prevenzione, cura e riabilitazione diventano parti di un unico continuum; il sistema si radica sul territorio, riconosce il nesso stretto tra sanitario e sociosanitario, valorizza la rete dei servizi distrettuali e ospedalieri. È la prima grande traduzione dell'articolo 32 in organizzazione concreta: non il diritto a “qualsiasi” prestazione, ma a un nucleo garantito di interventi appropriati, su tutto il territorio nazionale, senza barriere economiche per chi è meno abbiente.

Negli anni Novanta, con il riordino introdotto dal decreto legislativo 502 del 1992 e successive modifiche, il SSN evolve in senso aziendale e regionale. L’obiettivo è responsabilizzare i soggetti erogatori, chiarire funzioni e livelli di governo, introdurre strumenti di programmazione e controllo dei risultati. Il diritto alla salute, in questo quadro, resta unitario, ma la sua attuazione passa per il principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni: allo Stato la definizione dei livelli essenziali, alle Regioni l’organizzazione e la garanzia dell’erogazione. È una scelta che porta con sé opportunità (prossimità, adattamento ai bisogni locali, sperimentazione) e rischi (disomogeneità, “geografia delle cure”), che il legislatore affronta fissando un perno nazionale invalicabile: i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017).

Nel contesto dell’ordinamento sanitario italiano, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) costituiscono l’asse portante su cui si fonda la garanzia uniforme dei diritti di cittadinanza in materia di tutela della salute. Il loro aggiornamento, destinato a essere recepito nel nuovo DPCM di prossima emanazione – già approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nell’ottobre 2025 – rappresenta un passaggio decisivo nella definizione della “costituzione materiale” del Servizio Sanitario Nazionale.

I LEA configurano un insieme dinamico e progressivo di prestazioni e servizi che il sistema pubblico è obbligato ad assicurare all’intera popolazione, nel rispetto dei principi di appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza, nonché degli standard di qualità e sicurezza previsti dalla normativa vigente. Essi non costituiscono un elenco statico: il loro aggiornamento periodico consente di incorporare innovazioni tecnologiche, nuovi programmi di screening, evoluzioni nei sistemi protesici e nei percorsi di prevenzione, insieme alla revisione dei criteri di accesso e di erogazione, al fine di contrastare fenomeni di sovrautilizzo, inappropriatezza e sotto-utilizzo delle risorse.

La tradizionale articolazione dei LEA in tre macro-aree – prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera – evidenzia la visione sistematica della tutela della salute come funzione che trascende l’ambito ospedaliero. Il territorio, inteso come rete integrata di servizi di prossimità, rappresenta infatti il primo ambito di cura e di promozione del benessere. Senza un solido investimento nella prevenzione, nella continuità assistenziale e nella prossimità dei servizi, il diritto alla salute rischia di ridursi a mera riparazione tardiva, anziché realizzarsi come tutela effettiva e anticipatoria, in linea con i principi sanciti dall’articolo 32 della Costituzione.

Affermare il diritto, tuttavia, non basta. Bisogna renderlo verificabile. Per questo il sistema ha previsto strumenti di monitoraggio e garanzia: dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per i LEA, che misura la performance regio-

nale su un set di indicatori, alla trasparenza sui tempi di attesa, fino ai piani nazionali e regionali per governare l'accesso. Qui il diritto incontra la sua quotidianità: la ricetta, la priorità clinica, l'agenda CUP, la presa in carico, la continuità assistenziale dopo un ricovero, la disponibilità di cure domiciliari e residenziali, la presenza – o l'assenza – di équipe multiprofessionali nei luoghi dove le persone vivono. Il dettato costituzionale scende di scala e diventa pretesa concreta: poter prenotare, essere chiamati nei tempi, avere un riferimento in caso di difficoltà, non essere lasciati soli davanti a un referto.

Negli ultimi anni, l'aggiornamento del modello territoriale ha aggiunto un tassello decisivo: gli standard nazionali per l'assistenza di prossimità hanno definito le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali, l'assistenza domiciliare potenziata, la Telemedicina come modalità ordinaria di erogazione e non più "extra". Non è un'aggiunta di facciata. Significa assicurare luoghi accessibili dove si integra il lavoro di medici di famiglia, pediatri, infermieri di famiglia e di comunità, psicologi, assistenti sociali, specialisti ambulatoriali; significa poter gestire cronicità e fragilità vicino a casa, costruendo percorsi che evitano il ping-pong tra ambulatori e pronto soccorso. Così, il diritto all'assistenza non si consuma in un contatto episodico, ma si sviluppa come accompagnamento nel tempo, con obiettivi e responsabilità chiari.

Un diritto è effettivo quando è esigibile e quando chi eroga sa di dover rispondere. Esigibilità non vuol dire che "tutto è garantito sempre e ovunque", ma che ciò che rientra nei LEA deve essere disponibile in tempi e modi definiti, con la possibilità per il cittadino di attivare tutele se ciò non accade. È qui che rientrano, ad esempio, i piani di governo delle liste d'attesa, il divieto di chiudere le agende di prenotazione per prestazioni essenziali, l'obbligo di registrare la domanda anche quando non ci sono slot nei tempi standard, l'attivazione di alternative organizzative nella stessa area di garanzia. Il diritto alla salute, in pratica, è anche diritto all'organizzazione: sapere chi chiamare, dove scrivere, come documentare un disservizio, come ottenere una soluzione equivalente quando la prima opzione è satura.

La materia non si esaurisce nella dimensione "sanitaria" in senso stretto. L'articolo 32 racchiude anche altri principi come la dignità della persona, l'uguaglianza sostanziale, la libertà personale. Per questo la legislazione sulla relazione di cura e il consenso informato (L. 219/17) ha chiarito che il paziente non è un destinatario passivo, ma un soggetto che decide insieme al curante e che il rifiuto di un trattamento, quando informato, è una scelta rispettabile. La cura non si riduce alla tecnica, ma comprende comunicazione, rispetto, proporzionalità. Il diritto alla salute, dunque, non è imposizione di benessere, ma garanzia di possibilità di accedere, di comprendere, di scegliere, di essere sostenuti quando la malattia restringe l'autonomia.

La salute è anche questione di determinanti sociali: reddito, istruzione, ambiente, lavoro, reti di supporto. Il SSN non può risolvere da solo disuguaglianze che nascono fuori dai suoi confini, ma può attenuarne gli effetti, modulando servizi e priorità in base alla vulnerabilità, investendo sulla prevenzione nei contesti più difficili, costruendo alleanze con i servizi sociali dei Comuni e con il terzo settore. La parola “equità” smette, così, di essere retorica e diventa metodo: si fornisce maggiore assistenza sanitaria proprio dove il bisogno è maggiore e le barriere sono più alte. È anche così che si rende reale l’eguaglianza davanti alla malattia e si impedisce che la residenza determini il destino di cura.

Il grande tema delle risorse non è estraneo al diritto.

Ogni scelta di finanziamento, di personale, di tecnologie, di informatizzazione è una scelta anche giuridica, perché abilita o restringe la possibilità di dare seguito alle promesse dell’articolo 32. La digitalizzazione, il Fascicolo Sanitario Elettronico, l’interoperabilità dei sistemi, i canali unificati per prenotare e disdire, la trasparenza dei dati sui tempi di attesa sono diritti abilitanti che restituiscano tempo, certezza e fiducia ai cittadini e agli operatori. Un sistema che funziona come un unico corpo, capace di “vedere” domanda e offerta in tempo reale e di correggere le distorsioni, fa risparmiare risorse e, soprattutto, riduce le ingiustizie silenziose di chi aspetta senza voce.

Nella pratica quotidiana, il diritto alla salute si misura in momenti semplici attraverso la possibilità di avere una risposta rapida per un problema acuto che non è emergenza; l’accesso a una visita di controllo in un percorso cronico senza ripartire da zero; l’attivazione di un servizio domiciliare quando una fragilità rende difficile uscire di casa; la presenza di sportelli di tutela e procedure comprensibili quando qualcosa non va. Anche la partecipazione informata del cittadino è parte del diritto: conoscere le regole, le priorità, i tempi massimi, le alternative; saper leggere un referto sul FSE; poter dialogare con i servizi senza doversi trasformare in esperti di burocrazia. Se il sistema aiuta le persone a essere protagoniste attraverso un’efficace comunicazione istituzionale, il diritto alla salute diventa più leggero da garantire perché la collaborazione riduce errori, domande inappropriate, corse inutili all’ospedale.

C’è infine un punto culturale: il diritto alla salute non coincide con il diritto all’assenza di rischio o con l’illusione di una medicina onnipotente. È il diritto a percorsi sensati, tempestivi e proporzionati, a decisioni condivise, a non essere abbandonati quando le cure non guariscono, ma possono alleviare, a una fine della vita assistita e degna. Nelle stagioni di crisi – pandemie, carenze di personale, transizioni tecnologiche – questo diritto va protetto con scelte coerenti: investimenti sulla prossimità, valorizzazione delle professioni, semplificazioni che liberano tempo clinico, interoperabilità dei dati, pro-

grammazione seria dei fabbisogni rappresentano il modo concreto per onorare la promessa costituzionale.

In sintesi, principi dell'articolo 32, i LEA e la L. 833/78 riguardano tutti. Le cure dovute non dipendono dal portafoglio o da chi si è, ma dal bisogno e dall'evidenza attraverso il rispetto della persona che viene prima di ogni protocollo e la prossimità è parte integrante della tutela, non un optional. Ogni volta che un cittadino viene preso in cura e seguito lungo il percorso, il diritto alla salute smette di essere un'idea e diventa esperienza. In questo caso la Costituzione, i LEA e la riforma del '78 incontrano la vita reale misurando, giorno per giorno, la serietà di un Paese.

2. I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

I Livelli Essenziali di Assistenza non sono un'etichetta burocratica, ma la traduzione, in pratica, del diritto alla salute: stabiliscono con chiarezza che cosa il SSN deve garantire a tutti, dove e come, con quali criteri di appropriatezza e con quali standard minimi sotto i quali non si può scendere. La loro architettura è nota – prevenzione collettiva, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera – ma negli ultimi anni si è arricchita di aggiornamenti sostanziali che hanno inciso sia sull'elenco delle prestazioni, sia sul modo di erogarle.

Il Decreto del 12 gennaio 2017 ha sostituito integralmente il vecchio impianto del 2001, realizzando un lavoro condiviso tra Stato, Regioni e società scientifiche, sostenuto da risorse dedicate: non un semplice “tagliando”, ma una revisione profonda dei contenuti e dei confini del perimetro essenziale.

Il primo cambio di passo riguarda i nomenclatori. Quello della specialistica ambulatoriale è stato aggiornato per includere prestazioni che vent'anni fa erano quasi sperimentali o richiedevano il ricovero e che oggi la pratica clinica gestisce in sicurezza in ambulatorio. Nel pacchetto rientrano tecnologie ad alta complessità (dall'adroterapia a gamma knife/cyberknife), la tomografia retinica (OCT), la capsula endoscopica, gli esami per la celiachia e, soprattutto, una profonda riorganizzazione della genetica clinica con elenchi puntuali che legano test e patologie. È stata introdotta anche la consulenza genetica come atto assistenziale in sé, a segnare l'idea che il test non è un evento isolato, ma un percorso informato. Sempre in specialistica, una novità simbolica è la procreazione medicalmente assistita (PMA): tutte le fasi del percorso, omologo ed eterologo, entrano nell'ambito ambulatoriale, con la possibilità – per l'eterologa – di prevedere un contributo regionale per la parte di conservazione e distribuzione delle cellule riproduttive. Sono scelte che alleggeriscono l'ospedale, spostano attività nel setting appropriato e impattano direttamente sulle agende CUP e sui flussi di prenotazione.

In parallelo è stato riscritto il nomenclatore dell'assistenza protesica. Non un semplice listino, ma una bussola di qualità: descrizioni più chiare degli ausili, criteri costruttivi per evitare forniture scadenti, semplificazione delle procedure e ampliamento dei destinatari (inclusi alcuni gruppi di malattie rare e gli assistiti in assistenza domiciliare integrata). L'elenco oggi comprende, tra gli altri, sistemi di comunicazione aumentativa/alternativa, tastiere adattate, dispositivi a puntamento oculare, apparecchi acustici digitali, soluzioni di telesoccorso, utensili e suppellettili adattati, scooter a quattro ruote, carrozzine con verticalizzazione o bariatriche, sollevatori e servoscala per interni, ausili per il bagno, sistemi di controllo ambientale, protesi e ortesi ad alta tecnologia. Il filo conduttore è duplice: migliorare l'autonomia e la sicurezza delle persone e ridurre gli ostacoli amministrativi che spesso si traducono, nei fatti, in attese ingiustificate.

Il capitolo esenzioni è un altro snodo cruciale. L'aggiornamento ha ampliato in modo significativo l'elenco delle malattie rare, inserendo oltre cento nuove entità (tra cui sarcoidosi, sindrome di Guillain-Barré, fibrosi polmonare idiopatica) e mantenendo i codici esenti già adottati per evitare disagi amministrativi. Insieme, è stata rivista la lista delle malattie croniche e invalidanti: sono entrate, tra le altre, BPCO (stadi moderato, grave e molto grave), osteomielite cronica, patologie renali croniche, rene policistico autosomico dominante, endometriosi (stadi moderato e grave), sindrome da talidomide; la celiachia è passata dalle rare alle croniche, con conferma della disciplina degli alimenti e delle prestazioni di controllo in esenzione. Questo aggiornamento sposta bisogni e percorsi e quindi ridisegna le liste d'attesa per specialità, con l'effetto atteso di rendere più rapido l'accesso ai controlli davvero necessari e di disincentivare giri impropri.

Sui percorsi della maternità l'aggiornamento ha messo in chiaro che cosa è garantito gratuitamente, senza ticket, dall'epoca preconcezionale al puerperio. Entrano a regime il test combinato per la diagnosi prenatale (con amniocentesi o villocentesi riservate ai soli casi a rischio elevato), i corsi di accompagnamento alla nascita, l'assistenza in puerperio, e persino il colloquio con lo psicologo in caso di disagio emotivo in gravidanza o dopo il parto. Sono stati dettagliati esami e condizioni (Pap-test secondo screening, urinocoltura per intercettare infezioni a rischio, triage per IST in donne a rischio, curva da carico orale in donne a maggior rischio di diabete gestazionale, tamponi per Streptococco B; l'eco del terzo trimestre solo se indicata clinicamente). Qui l'impatto sulle attese è duplice: da un lato si riduce la variabilità territoriale, dall'altro si previene l'accumulo di prestazioni superflue in fasi delicate, liberando slot per chi ne ha davvero bisogno.

Anche il calendario vaccinale e gli screening neonatali sono stati potenziati: nuovi vaccini (tra cui anti-HPV, anti-Pneumococco, anti-Meningococco)

con estensione del vaccino HPV anche ai ragazzi, e l'introduzione dello screening neonatale per sordità e cataratta insieme all'estensione dello screening metabolico a tutti i nuovi nati. Più prevenzione significa meno carico differentio sulle liste ospedaliere e ambulatoriali, perché intercettare prima i problemi riduce gli accessi acuti e le richieste tardive di alta complessità.

Sul fronte neuropsichiatria e sviluppo, l'aggiornamento ha recepito la L. 134/2015 sui disturbi dello spettro autistico, prevedendo percorsi di diagnosi precoce, cura e trattamento basati sulle migliori evidenze, il coinvolgimento attivo della famiglia e il raccordo con la scuola e la rete sociale. Anche qui la chiave è l'integrazione: se il percorso è definito e multidisciplinare, le attese si spostano su agende dedicate e si evita il rimbalzo tra sportelli.

Tutto questo non sarebbe sostenibile senza una ridefinizione continua del perimetro: per questo è stata istituita una Commissione nazionale con il compito di aggiornare i LEA in modo costante, introducendo ciò che si dimostra efficace e depennando il superfluo. È il modo più concreto di tenere il SSN al passo con l'innovazione e con i bisogni reali e di evitare che l'elenco "scivoli" lontano dalla pratica, generando code inutili o vuoti di tutela.

I LEA rappresentano anche un dispositivo di governo delle attese. Quando una prestazione entra nel perimetro, la domanda diventa esplicita, tracciabile e programmabile; quando il nomenclatore sposta attività in ambulatorio o chiarisce percorsi dedicati (PMA, genetica, protesica di qualità, gravidanza, autismo), l'offerta deve adeguare agende, CUP e PDTA per impedire che il "nuovo diritto" si trasformi in attese più lunghe. L'equilibrio, in fondo, è definire con precisione cosa spetta e in quali condizioni, attrezzare il sistema perché lo eroghi nel setting appropriato, misurare con trasparenza tempi e volumi, e correggere rotta dove si creano colli di bottiglia. È questo il senso dei LEA come "costituzione materiale" del SSN, nello specifico una cornice viva che, se applicata bene, non solo riduce le diseguaglianze, ma accorcia le liste d'attesa là dove davvero contano.

3. Il Decreto-legge n. 73 del 2024

L'idea di fondo del Decreto-legge è semplice: riportare le liste d'attesa entro confini prevedibili non con un provvedimento di facciata, ma intervenendo strutturalmente su come il sistema misura la domanda e organizza l'offerta. Il Decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024 (convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107), è costruito attorno a questo impianto. La sua ambizione è creare un filo continuo tra tecnologia, responsabilità e organizzazione: una piattaforma nazionale che "vede" le liste, un organismo che verifica e può intervenire, CUP che non possono chiudere e che devono

funzionare con regole di trasparenza e di conferma/disdetta, strumenti per aumentare l'offerta quando serve e, infine, qualche leva fiscale e assunzionale per tenere il motore acceso. Se l'obiettivo del libro è aiutare a capire come si accorcia un'attesa, questo è uno dei testi chiave degli ultimi anni. Di seguito le principali novità del Decreto-legge.

3.1. La Piattaforma Nazionale Liste d'Attesa (PNLA)

La PNLA¹ nasce con un'idea semplice, ma impegnativa: far dialogare in modo stabile e tempestivo tutti i sistemi di prenotazione regionali e trasformare le liste d'attesa da "istantanee sgranate" in un fenomeno misurabile quasi in tempo reale. È collocata presso AGENAS, di cui il Ministero della Salute si avvale, e ha il compito esplicito di realizzare l'interoperabilità con le 21 piattaforme regionali dei CUP. In altri termini, la PNLA è un'infrastruttura nazionale che raggruppa e organizza i flussi informativi che fino a oggi erano dispersi, realizzando un cruscotto unico di governo con dati omogenei e confrontabili su tutto il territorio nazionale.

Il valore aggiunto risiede nelle sorgenti informative che la PNLA ricomponne. Il flusso della Tessera Sanitaria fornisce la "domanda regolata":

- la ricetta dematerializzata, con la classe di priorità e il quesito diagnostico;
- i flussi di spesa sanitaria, resi in forma pseudonimizzata, consentono di tracciare la "storia economica" dell'assistito e gli esiti in termini di consumo di risorse;
- i dati CUP, il cuore del sistema, raccontano come e dove si prenota, quando si eroga, quali sono gli slot effettivamente disponibili o assenti.

Insieme, questi tre canali permettono di leggere le liste d'attesa come un processo e non solo come un numero: quante prestazioni sono in coda, quali priorità slittano, dove si accumulano i buchi di agenda e quali percorsi di tutela vengono attivati quando saltano i tempi previsti dalle classi di priorità.

La prima grande conseguenza di questo raccordo è la misurabilità uniforme. Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa prevede che, dopo una fase di sperimentazione, l'oggetto del monitoraggio *ex ante* siano le prenotazioni relative ad aggregazioni di prestazioni ambulatoriali. Le Regioni e le Province autonome devono garantire che almeno il 90% delle prenotazioni in attività istituzionale avvenga entro il tempo massimo previsto dalle classi di priorità. Non si tratta più soltanto di misurare percentuali di copertura: il

1. www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/pnla/ (ultima consultazione: 08/11/25).

nuovo impianto introduce anche indicatori specifici, come il numero di prescrizioni non seguite da prenotazione (proxy di agende chiuse o di un'offerta insufficiente o poco accessibile) e il numero di prenotazioni non seguite da erogazione, cioè i no-show, quale proxy di inefficienza o insufficienza del sistema di offerta. A ciò si aggiungono, nel medio periodo, misure sul rapporto tra prestazioni prescritte e attese, sui trend tra prescritto ed erogato e sui tempi reali (medianii) di attesa. Il passaggio dal vecchio assetto, basato su dati prevalentemente aggregati, a un set informativo molto più robusto e fondato su dati grezzi è evidente. Il secondo elemento qualificante è l'inclusione integrale delle agende. Non solo pubblico e privato accreditato, ma anche l'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) devono stare "a vista" nel perimetro delle piattaforme dei flussi regionali: è una condizione di base per tutti i monitoraggi e per qualunque percorso di tutela. Nel frattempo, in attesa del pieno regime della PNLA, rimane attivo il monitoraggio già sperimentato negli anni scorsi proprio sull'inclusione delle agende. È un punto politico oltre che tecnico poiché senza visibilità totale delle agende, ogni politica sui tempi d'attesa si ferma alla retorica.

Sul piano tecnologico e operativo, la cornice è rafforzata dall'interoperabilità tra PNLA e i CUP regionali (adottate con decreto come si vedrà in seguito), che rendono omogenei criteri e standard di integrazione.

Il PNGLA prevede l'utilizzo di un tracciato tecnico unico, in formato XML, per il monitoraggio ex ante delle prenotazioni. Le Regioni trasmettono con cadenza mensile un flusso di dati che viene sottoposto a controlli di qualità sia in fase di acquisizione (validazioni formali sul tracciato) sia in fase di elaborazione (controlli di coerenza sui contenuti), all'interno di un ciclo strutturato di scarti, rettifiche e nuovi invii. La trasmissione può avvenire in modalità automatica machine-to-machine, tramite servizi integrati basati su protocolli di autenticazione standard, oppure attraverso un'interfaccia web dedicata con autenticazione forte e meccanismi di multi-factor authentication. È la parte meno visibile dell'intero impianto, ma è quella che, in concreto, determina l'affidabilità del cruscotto nazionale.

All'interno del tracciato sono previsti campi che, se valorizzati correttamente, incidono in modo diretto sulla capacità di governo. Il codice univoco della prenotazione consente di evitare duplicazioni e di ricostruire l'intero "percorso di vita" dell'appuntamento; le informazioni sulla prima disponibilità (data, ora, struttura/erogatore della prima proposta utile) costituiscono l'evidenza documentale di quando e dove il sistema avrebbe potuto erogare la prestazione, rendendo concretamente praticabili i percorsi di tutela; il campo relativo all'ambito di garanzia inquadra le regole applicabili in funzione del contesto territoriale e organizzativo; il flag di "scelta dell'utente" documenta le decisioni del cittadino rispetto alle proposte di appuntamento formula-

te dal CUP, distinguendo le attese dovute al sistema da quelle riconducibili a preferenze o rinvii dell'assistito; il campo dedicato all'overbooking rende trasparente l'utilizzo programmato di sedute aggiuntive o sovraccaricate per il recupero degli arretrati. Questa granularità informativa non è un elemento cosmetico: è ciò che consente al RUAS (Responsabile Unico dell'Assistenza Sanitaria), alle direzioni sanitarie e agli assessorati regionali di intervenire puntualmente su agende, sedi e discipline specifiche, anziché limitarsi a categorie astratte.

Sul piano del perimetro osservato, il nuovo monitoraggio *ex ante*, centralizzato in AGENAS, supera la storica dicotomia tra attività istituzionale, in precedenza rilevata a livello centrale prevalentemente in forma aggregata, e attività libero-professionale intramuraria (ALPI), già oggetto di flussi di dettaglio. Dal 2025 l'obiettivo è disporre di un'unica rappresentazione omogenea delle prenotazioni, siano esse in regime istituzionale o in ALPI, con le stesse regole di trasmissione, lo stesso tracciato tecnico e un set condiviso di indicatori. Si tratta di un vero salto di qualità metodologico, perché rende possibili confronti "a parità di condizioni" e non più fotografie tra loro difficilmente comparabili.

La PNLA abilita, tra l'altro, meccanismi di responsabilizzazione. La chiusura (o l'indisponibilità) delle agende è vietata per tutte le strutture pubbliche e private accreditate, a esclusione di comprovati e temporanei guasti tecnici. Infatti, i CUP devono registrare anche i rifiuti dell'assistito quando la proposta non rispetta la classe di priorità e, soprattutto, se dal controllo centralizzato delle agende emergono inefficienze o anomalie, AGENAS può attivare audit verso le Regioni interessate. È un passaggio delicato poiché viene introdotta, finalmente, una leva nazionale di verifica sugli snodi organizzativi che generano l'attesa – gli slot e le sedute – e non solo sui numeri finali.

Con la PNLA non basta "contare" le settimane, ma bisogna dimostrare che le agende sono tutte visibili, le priorità rispettate e che i percorsi di tutela scattano quando devono e che gli eventuali sforamenti sono spiegati e recuperati.

La parte tecnologica della piattaforma rappresenta solo un mezzo. Il fine è un governo continuo e verificabile, dove il nazionale aiuta il regionale a *vedere* prima le derive e a correggerle *lì dove nascono* – in una sala di prenotazione, in una disciplina specifica, in un presidio periferico – con strumenti, dati e responsabilità, allineando i CUP ai tracciati, standardizzando i quesiti diagnostici nelle ricette, stabilizzando i cicli mensili di invio/validazione e presidiando, con RUAS e direzioni, la qualità delle agende. Per la prima volta, si realizza la concreta possibilità di leggere l'attesa anche in rapporto alla complessità dei pazienti e ai contesti in cui vivono.

La PNLA non farà "sparire" le code per decreto, ma renderà però evidente dove e perché si formano, chi deve intervenire e con quali leve organizzative.

Il Decreto attuativo del Ministero della Salute del 17 febbraio 2025 (ai sensi dell'art. 1 comma 3 D.L. 73/24) costruisce la PNLA: adotta le linee guida e il disciplinare tecnico, chiarisce che la piattaforma vive in AGENAS e che non tratta dati personali e, soprattutto, impone alle Regioni di aggredgersi in modo uniforme. In parole semplici, ciascuna Regione deve presentare un progetto operativo per l'interoperabilità con la piattaforma nazionale, concordando tempi e modalità con AGENAS (è prevista anche una fase transitoria).

AGENAS, dal canto suo, pubblica le specifiche del flusso giornaliero via web service per l'invio degli aggiornamenti, così il quadro nazionale si alimenta con cadenza regolare e confrontabile. Il tutto senza nuovi oneri: l'obiettivo è passare da report episodici a un flusso stabile e omogeneo, in cui si vedono davvero disponibilità, prenotazioni e scostamenti rispetto alle priorità.

Per garantire il monitoraggio da parte di tutte le Regioni e Province autonome, AGENAS prevede due modalità alternative e autoconsistenti di attivazione del processo di interoperabilità: il flusso giornaliero tramite web-service e la modalità a eventi basata su standard HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources). Per avviare l'interoperabilità, ogni Regione/P.A. è tenuta ad attivare almeno una delle due opzioni. Nel primo caso, AGENAS mette a disposizione specifici webservice per lo scambio quotidiano delle informazioni relative alle prestazioni sanitarie; il modello dati del flusso giornaliero rappresenta un'evoluzione del modello mensile, così da consentire un livello di monitoraggio analogo a quello garantito dall'interoperabilità FHIR. Le specifiche tecniche dei servizi e del modello informativo di riferimento sono demandate a un documento dedicato prodotto da AGENAS. Nel secondo caso, nel rispetto dello standard di interoperabilità HL7 FHIR, AGENAS realizza un nodo di interoperabilità attraverso il quale le Regioni/P.A. possono trasmettere i dati in modalità "ad eventi", cioè man mano che gli eventi rilevanti (prenotazioni, erogazioni, ecc.) si verificano nei sistemi regionali.

Da anni, gli obiettivi strategici del Servizio Sanitario Nazionale e di quello regionale, insieme ai piani di riorganizzazione del settore, sono contraddistinti dalla tendenza verso l'interoperabilità dei sistemi informativi, anche oltre l'ambito strettamente sanitario, e dall'esame dei dati in essi contenuti. L'integrazione tra i sistemi e il collegamento delle banche dati appartenenti a diversi soggetti titolari rappresentano, per gli operatori del sistema sanitario, strumenti privilegiati per promuovere l'innovazione digitale in ambito sanitario, ritenuti essenziali per la valutazione degli indicatori relativi all'appropriatezza, all'efficienza, all'efficacia e alla sostenibilità temporale delle prestazioni fornite (Bolognini, Zippioni, 2024).

La PNLA si basa sullo standard internazionale e open source HL7 FHIR che fa da "linguaggio comune" tra i software sanitari. In pratica, trasforma le

informazioni – anagrafiche, agende, prenotazioni, referti – in schede digitali comprensibili da tutti i sistemi. In questo modo, CUP regionali e Piattaforma nazionale possono scambiarsi dati senza traduzioni artigianali, grazie anche all'utilizzo di API semplici e moderne: quando nasce, cambia o si cancella una prenotazione, il dato viaggia in modo uniforme e immediato.

L'utilizzo di HL7 FHIR riduce gli errori e i tempi morti di integrazione, rende trasparente e confrontabile ciò che accade nelle agende, limita i "formati proprietari" e il lock-in, e tutela la privacy scambiando solo il minimo necessario con tracciabilità degli accessi. In più, essendo modulare, si estende facilmente a nuovi scenari (Telemedicina, FSE, analisi con AI ecc.). In una frase: FHIR rende l'interoperabilità pratica, non teorica.

In tema di sicurezza informatica, la scelta tecnica dell'*open source* promuove una cultura di cyber security inclusiva ed *empowering* all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (Barker, 2020).

Il cuore della piattaforma sono poche cose, ma chiare: le agende (chi, dove e quando si eroga), le attività in agenda (giorni e fasce orarie realmente prenotabili) e le prenotazioni (chi ha un appuntamento, quando l'ha chiesto e quando lo farà). C'è anche un'informazione molto utile per tutelare i cittadini, la prima disponibilità (data proposta dal CUP). Se viene registrata e conservata, diventa la base per capire se un utente ha ricevuto una proposta nei tempi giusti e, in caso contrario, per attivare i percorsi di tutela. Tutti questi passaggi sono descritti in modo standard, così ogni Regione li invia allo stesso modo e il quadro nazionale risulta pulito e confrontabile.

Sul piano pratico, la piattaforma controlla che i dati in arrivo siano coerenti poiché fa una verifica subito (all'ingresso) e un'altra dopo l'elaborazione. Se qualcosa non torna, rimanda indietro l'errore perché venga corretto. Questo "doppio check" è importante poiché evita che cruscotti e report mostri valori distorti per colpa di anagrafiche incomplete, agende non aggiornate o prenotazioni "orfane". In parole semplici, prima la qualità del dato, poi le decisioni.

Infine, nella piattaforma devono comparire tutte le agende prenotabili, sia del pubblico sia del privato accreditato, compresa l'attività intramuraria. Solo così si può dire davvero quante disponibilità esistono e dove mancano gli slot. Con questo sguardo d'insieme, AGENAS e il Ministero della Salute possono individuare subito anomalie e, se serve, chiedere verifiche e azioni correttive mirate: non più "foto a campione", ma un film aggiornato delle attese, utile a chi programma l'offerta e a chi aspetta una prestazione.

Perché la PNLA funzioni non basta contare le prenotazioni, ma serve conoscere quanta domanda ci si aspetta.

Il Decreto attuativo del Ministero della Salute del 28 ottobre 2024 (ai sensi dell'art. 1 comma 4 del D.L. 73/24) fornisce ogni semestre questa bussola,

distretto per distretto, così Regioni e Aziende tarano agende e sedute prima che la coda si formi.

È materiale operativo, non teoria poiché arriva in formato elettronico e include anche la documentazione sul modello utilizzato (impostazione, protocolli, specifiche e algoritmi applicati ai dati NSIS), così chi programma può comprendere come sono stati ottenuti i numeri e usarli per calibrare agende, percorsi e capacità produttiva. La base è la classificazione delle patologie croniche prevista dalla normativa sul fabbisogno, ma i dati vengono condivisi in modo da non rendere identificabili le persone, il tutto senza nuovi oneri per la finanza pubblica e in coerenza con il quadro PNRR. In pratica, questa analisi è la “bussola” che consente di allineare l’offerta ai bisogni reali del territorio e di leggere le liste d’attesa alla luce del carico atteso per disciplina e prestazione, prima ancora che la coda si formi.

3.2. Chi controlla: l’“Organismo” e il ruolo nuovo del RUAS regionale

Per non lasciare la Piattaforma senza braccia, il DPCM del 25 giugno 2025 (ai sensi dell’art. 2 comma 6 D.L. 73/24) rafforza la funzione ispettiva e di controllo, istituendo presso il Ministero della Salute l’Organismo di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria (evoluzione del SiVeAS). Questo Organismo opera direttamente alle dipendenze del Ministro, può fare accessi presso aziende sanitarie e ospedaliere, erogatori accreditati e IRCCS, e si coordina con i Carabinieri per la tutela della salute per verificare disfunzioni emerse dal controllo delle agende. Non è un controllo generico poiché il focus sono liste, agende, tempi, appropriatezza. I risultati vengono trasmessi al Responsabile Unico Regionale dell’Assistenza Sanitaria (RUAS), una figura che ogni Regione deve individuare all’interno di una nuova Unità centrale sui tempi e sulle liste, presieduta dall’Assessore alla salute. Il RUAS non è un titolo simbolico poiché deve misurare volumi e tempi, inviare report trimestrali all’Organismo nazionale, segnalare chi non rispetta gli standard, formare gli operatori su accoglienza e comunicazione delle attese e governare i piani annuali regionali sulle liste. Nei casi di inerzia (mancata nomina o ripetute inadempienze), l’Organismo può attivare poteri sostitutivi. È un cambio di passo poiché vengono previste responsabilità chiare, tempi definiti e una linea di comando che non si interrompe tra Roma e i territori.

La procedura è chiara e scandita. Se una Regione non nomina il RUAS entro i termini, oppure RUAS/Regione non svolgono i compiti legati agli obiettivi sul governo delle attese, l’Organismo avvia il contraddittorio contestando formalmente ritardi o inadempienze e assegnando 30 giorni per le

controdeduzioni ed eventualmente concede 60-90 giorni (salvo deroghe concordate) per superare le criticità. Se anche questo passaggio fallisce, esercita il potere sostitutivo adottando gli atti non posti in essere o indica le linee operative e i termini entro cui adempiere, comunicando l'intervento al Ministro della Salute e all'amministrazione titolare. In questa fase, l'Organismo dispone “degli stessi poteri e degli stessi limiti” dell'ente sostituito, può avvalersi degli Uffici della struttura regionale (con oneri a carico di quest'ultima) e, nei casi di mancata nomina, provvede direttamente a nominare il RUAS individuandolo nel direttore regionale alla sanità. È previsto anche un correttivo di equilibrio, infatti se l'Organismo adotta un provvedimento “a efficacia durevole”, il titolare può chiedere di riassumere la funzione; l'Organismo valuta l'interesse pubblico e può autorizzare, fissando un termine perentorio e revocando poi l'atto sostitutivo una volta che l'amministrazione è tornata operativa. La sostituzione può scattare, ove ricorrono i presupposti, dopo 180 giorni dall'entrata in vigore del DPCM per i casi previsti dal decreto-legge sulle liste d'attesa; in ogni caso, ogni intervento è tracciato da una relazione puntuale inviata a Regione e Ministro (con indicazione di criticità, accessi, documenti, eventuale supporto dei NAS, spese), oltre a una relazione annuale entro il 10 gennaio sulle attività svolte. Il decreto insiste su trasparenza e leale collaborazione: non commissaria “a vita” le Regioni, ma garantisce che, quando i diritti legati ai tempi di cura saltano, esista un corridoio di ultima istanza capace di rimettere in carreggiata gli adempimenti, senza nuovi oneri per la finanza pubblica.

3.3. CUP: agende aperte, interoperabili, trasparenti

Il cuore della vita quotidiana delle liste, il CUP, viene ridefinito in modo molto concreto. L'intera offerta di prestazioni degli erogatori pubblici e privati accreditati confluisce nel CUP unico a valenza regionale, attraverso canali di accesso che coprono l'intero spettro della domanda: la presa in carico della cronicità con programmazione diretta senza intermediazione dell'assistito, la prenotazione per eventi acuti non emergenti, l'accesso diretto per salute mentale, dipendenze e consultori, e i percorsi di screening organizzati. È, in chiave CUP, la traduzione operativa dell'assetto territoriale ridisegnato dal D.M. 77/2022. Per i contratti con il privato accreditato, la piena interoperabilità con il CUP non è più un auspicio, ma una condizione preliminare, a pena di nullità degli accordi, e costituisce uno specifico elemento di valutazione anche in sede di accreditamento istituzionale. Le agende, gestite tramite sistemi CUP informatizzati, devono rendere visibile l'offerta effettiva, distinguendo prenotazioni effettuate e posti disponibili per singola prestazione e tipologia

di accesso: non si tratta di un optional, ma di un requisito qualificante del sistema. Il CUP è inoltre tenuto ad attivare sistemi di promemoria e – punto cruciale – procedure strutturate di conferma o disdetta almeno due giorni lavorativi prima dell’erogazione, unitamente a meccanismi di ottimizzazione delle agende definiti nelle linee di indirizzo nazionali, normalizzando pratiche finora gestite in modo disomogeneo dalle singole aziende tramite SMS o e-mail.

La logica è semplice: se si libera per tempo un posto, lo si può riallocare a chi aspetta. Ed ecco la correzione culturale: l’utente che non si presenta senza giustificata disdetta (salve cause di forza maggiore) deve pagare la quota ordinaria prevista alla data dell’appuntamento, anche se esente. La misura, finora applicata in alcune realtà, diventa cornice nazionale, tutelando la lista, responsabilizzando l’utente e valorizzando il lavoro di chi ha cercato l’appuntamento.

Se i tempi per classe di priorità non sono rispettabili nell’ambito ordinario, le Aziende sanitarie sono tenute a garantire la prestazione attivando i percorsi di tutela previsti (ALPI, prestazioni aggiuntive, privato accreditato a tariffa nazionale), senza che la ricerca di soluzioni alternative ricada sul cittadino. Non “possono”: devono. A supporto, un comma specifica gli strumenti operativi:

- rinegoziazione dei volumi contrattuali con i privati;
- riprogrammazione delle ore di specialistica interna;
- richiesta in via eccezionale di prestazioni aggiuntive ai dirigenti e incremento delle ore di specialistica ambulatoriale interna.

È la cassetta degli attrezzi per evitare che l’assistito paghi l’inefficienza con mesi di attesa. Un dettaglio pratico che torna utile a chi lavora nei distretti e nei reparti: per PDTA di cronicità e oncologia devono essere garantite agende dedicate, gestite direttamente dallo specialista o da una struttura aziendale. Significa che i controlli e gli esami “di percorso” non devono rientrare nel calderone CUP generico, ma avere canali propri per dare continuità senza rimbalzi. È una delle chiavi per sgonfiare l’attesa impropria e proteggere gli slot dei primi accessi.

3.4. Più offerta quando serve: orari estesi, weekend e regole sull’intramoenia

Il decreto chiede esplicitamente di estendere gli orari e aprire al sabato e alla domenica per visite diagnostiche e specialistiche, nei limiti delle risorse dedicate. Non è solo un invito poiché i direttori regionali delle Aziende Sani-

tarie devono vigilare e inviare rapporti al Ministero che pesano poi su eventuali misure premiali o sanzionatorie. In parallelo, viene ribadito l'equilibrio tra attività istituzionale e attività libero-professionale intramuraria (ALPI): l'ALPI non può superare il volume delle prestazioni istituzionali di ciascun professionista, e le direzioni generali devono verificare e, se serve, sospendere il diritto all'ALPI. Due messaggi netti: aumentare le ore per recuperare arretrati e impedire che l'intramoenia diventi una scorciatoia a scapito del pubblico.

3.5. Personale: allentare i tetti (e i vincoli bocciati dalla Consulta)

Sulle assunzioni, il decreto prova a superare il freno storico del tetto di spesa, autorizzando – dal 2024 – un incremento calcolato come 10% dell'aumento del fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, con possibilità di un ulteriore +5% su richiesta della Regione (previa verifica ministeriale), sempre nel rispetto dell'equilibrio del SSR. Dal 2025 si doveva adottare una metodologia nazionale per definire il fabbisogno di personale e approvare i piani triennali regionali con intesa in Conferenza Stato-Regioni.

Questa tensione verso una metodologia nazionale non nasce nel vuoto, ma si inserisce in un dibattito internazionale già molto sviluppato. Una recente revisione della letteratura di (Pirrotta *et al.*, 2024) mostra come non esista un unico algoritmo “gold standard” per stimare il fabbisogno di personale, ma una pluralità di strumenti – tra cui il Workload Indicators of Staffing Need (WISN) promosso dall'OMS – che combinano variabili diverse (volumi di attività, trend storici della forza lavoro, caratteristiche organizzative, competenze richieste). L'elemento ricorrente è la necessità di disporre di modelli di calcolo che non siano solo sostitutivi del personale uscente, ma supportino scelte di programmazione di medio-lungo periodo coerenti con i bisogni di salute e con l'evoluzione dei modelli assistenziali.

Su questo punto, però, è intervenuta la Corte Costituzionale (sent. n. 114/2025), dichiarando l'illegittimità di due passaggi chiave del meccanismo di approvazione centralizzata: una correzione che lascia intatta la direzione di marcia (più personale dove serve), ma impone di riscrivere la governance del “chi approva cosa” per non comprimere le competenze regionali. In ogni caso, fino alla nuova metodologia continuano ad applicarsi le regole del 2019 (D.L. 35/2019) per quanto compatibili. Sul fronte territoriale, si segnala anche una norma specifica che, per i servizi per le dipendenze, consente di usare fino al 30% del relativo fondo per assunzioni a tempo indeterminato, un segnale che la riduzione delle attese passa anche dai servizi di prossimità.

In questa prospettiva, una revisione sistematica sulla pianificazione del personale sanitario nell'area territoriale offre un ulteriore tassello di lettura. Gli autori analizzano metodi e modelli utilizzati a livello internazionale per stimare i fabbisogni di professionisti nelle cure primarie e nei servizi di prossimità, mostrando come la programmazione della forza lavoro territoriale sia particolarmente complessa e dipenda da molteplici variabili (epidemiologia delle cronicità, carico assistenziale, organizzazione dei servizi, competenze richieste). La revisione mette in relazione questi strumenti con il contesto italiano dopo l'adozione del PNRR e del D.M. 77/2022, evidenziando la necessità di dotarsi di modelli di calcolo flessibili e aggiornabili lungo il tempo, capaci di accompagnare l'implementazione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e dei servizi domiciliari. In altri termini, non basta “allentare i tetti”: serve una pianificazione strutturata dei fabbisogni territoriali, che trasformi le nuove architetture assistenziali in organici reali e sostenibili (Martini *et al.*, 2023).

3.6. Investimenti mirati e rafforzamento dei servizi di comunità (DSM, consultori, screening)

All'interno del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, il Decreto attuativo del Ministero della Salute del 20 febbraio 2025 (ai sensi dell'art. 6 comma 1 del D.L. 73/24) adotta il Piano d'azione del Programma nazionale “Equità nella salute” 2021-2027 e lo mette al servizio delle regioni meno sviluppate per fare una cosa molto concreta: rafforzare l'offerta territoriale lì dove l'accesso è più fragile. Non si limita a dichiarazioni di principio: finanzia infrastrutture e tecnologie per Dipartimenti di Salute Mentale, consultori familiari e punti screening, estende gli interventi anche a Case della Comunità e poliambulatori specialistici pubblici, e prevede formazione mirata (PDTA consultoriali, progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati nei DSM, aggiornamento degli elenchi per gli inviti agli screening, modelli organizzativi per aumentarne l'adesione). Il Piano è costruito in complementarità con il PNRR, vincola l'uso delle risorse al rispetto delle regole europee sul divieto di doppio finanziamento, ed è aggiornabile con decreti direttoriali per adattarsi al contesto locale. In termini di liste d'attesa, è il pezzo che alimenta di mezzi gli obiettivi del decreto sulle attese: più sedi attrezzate, più capacità produttiva, più presa in carico di prossimità dove serve davvero, a partire da salute mentale, salute di genere e screening oncologici.

3.7. Una spinta fiscale per “fare ore” dove mancano

Per far girare la macchina serve anche convenienza ad “accendere” più sedute. Il D.L. 73/24 introduce una imposta sostitutiva al 15% sui compensi per prestazioni aggiuntive sia per i dirigenti (Area Sanità) sia per il comparto, con una quantificazione puntuale degli oneri a carico dello Stato e coperture già individuate². È una misura pragmatica: si chiede agli operatori di contribuire al recupero degli arretrati e si alleggerisce il peso fiscale di quel lavoro in più. L’effetto atteso è aumentare la disponibilità di ore serali e weekend, soprattutto dove la carenza di specialisti è più critica e l’acquisto da privato non è immediatamente praticabile.

3.8. Che cosa cambia per chi dirige, per chi lavora e per chi prenota

Per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie cambia l’orizzonte delle responsabilità poiché se non attivano gli strumenti messi sul tavolo (ALPI, prestazioni aggiuntive, privato accreditato, rinegoziazione dei volumi, estensione oraria), rispondono non solo organizzativamente, ma anche disciplinamente e per danno erariale quando la prestazione non viene garantita nei tempi. Per le Regioni, il compito è doppio: organizzare un CUP che sia unico, interoperabile e trasparente, e far lavorare la filiera RUAS-Aziende sui piani annuali con monitoraggi trimestrali verso l’Organismo nazionale. Per gli operatori, il messaggio è in parte liberatorio. Per la prima volta, esiste un perimetro chiaro di regole su agende, ALPI, prestazioni aggiuntive, presa in carico dei PDTA. Inoltre, viene costruita una cornice che sostiene l’appropriatezza (RAO, D.M. 77/22, piattaforma con intelligenza artificiale) perché le ore in più vadano dove serve davvero. Per i cittadini, due certezze in più: le agende non si chiudono e la prenotazione si registra sempre, anche se lo slot è oltre soglia. In compenso, chi non cancella in tempo paga, perché la lista è un bene comune e la sua tutela non può poggiare solo sulla buona volontà di chi aspetta.

3.9. Nodi aperti e attenzioni operative

Tre nodi meritano attenzione. Il primo riguarda la qualità dei dati: se le piattaforme regionali non alimentano la Piattaforma nazionale con flus-

2. www.agenziaentrate.gov.it/portale/documents/20143/9189032/Risposta+n.+187_2025.pdf/ (ultima consultazione: 08/11/25).

si completi, tempestivi e coerenti (ricette, prenotazioni, referti, esenzioni, no-show), la misurazione diventa parziale e inefficiente. È necessario che le linee guida tecniche siano osservate in modo stringente e un significativo lavoro di “bonifica”. Il secondo è l’interoperabilità reale con il privato accreditato: il decreto usa la “clava” della nullità contrattuale, ma la messa a terra richiede tempi, standard e un supporto tecnico alle strutture più piccole, altrimenti si crea un collo di bottiglia. Il terzo è la tenuta del personale: l’apertura serale e di weekend, le prestazioni aggiuntive e i recuperi comportano carichi significativi: senza un disegno credibile di assunzioni e, soprattutto, di riorganizzazione (anche alla luce della sentenza della Corte costituzionale), il rischio è spostare l’imbuto da un lato all’altro. La partita si gioca nella programmazione regionale e nei contratti integrativi aziendali.

3.10. In sintesi

Letto con gli occhiali dell’operatività, il D.L. 73/24 fornisce un percorso in quattro mosse:

- valutare bene la domanda e l’offerta, con dati unificati e agende trasparenti: senza questa base, ogni piano è un’illusione;
- non perdere slot attraverso procedure di promemoria, conferma/disdetta e regole sul no-show: sono minuti organizzativi che valgono settimane di attesa evitate;
- spostare risorse quando serve, con estensione orari, ALPI sotto controllo, prestazioni aggiuntive mirate, privato accreditato “a tariffa nazionale” e PDTA con agende protette: tutto documentato e misurato;
- correggere i punti di caduta con RUAS e Organismo, audit e poteri sostitutivi, per evitare che l’inerzia locale diventi una condanna per gli utenti: in questi termini, la lista d’attesa torna a essere un fenomeno governabile.

In conclusione, il D.L. 73/2024 non è la bacchetta magica, ma è un cambio di metodo: più trasparenza (agende visibili), più responsabilità (RUAS, Organismo, sanzioni), più strumenti (Piattaforma nazionale, interoperabilità CUP-privato, conferma/disdetta), più offerta intelligente (orari estesi, PDTA dedicati, prestazioni aggiuntive agevolate), e un quadro assunzionale che, risolti i profili di costituzionalità, può finalmente far respirare i servizi. Spetta alle Regioni e alle Aziende tradurre queste leve in tempi più brevi per chi aspetta. E sta a noi, operatori e cittadini, usarle con serietà: perché ogni slot recuperato non è una cella di Excel che si colora di verde, è un giorno in meno d’ansia per qualcuno in attesa di una risposta.

4. Il PNGLA 2025-2027

Il nuovo Piano nazionale di governo delle liste d'attesa³ chiude la stagione 2019-2021 e alza l'asticella su tre fronti: integra i flussi informativi (non solo percentuali ma “dati grezzi”), unifica la regia del monitoraggio in AGENAS e rende più esigibili trasparenza e tutele per i cittadini. In termini amministrativi, con l’adozione del PNGLA 2025-2027 decade la validità del Piano precedente e il relativo impianto (compreso l’Osservatorio nazionale), mentre l’impostazione tecnica resta salda: priorità di accesso, bacini di garanzia e percorsi di tutela, ma con strumenti più maturi e interoperabili.

L’asse concettuale si sposta dall’offerta “che produce volumi” a una lettura integrata di domanda, fabbisogno e appropriatezza prescrittiva, con un rafforzamento dei sistemi di monitoraggio e comunicazione. È un cambio di metodo più che di slogan: i tempi di attesa non si accorciano solo aumentando slot, ma misurando bene cosa serve, dove serve e quando, con strumenti condivisi su tutto il territorio.

4.1. Il cassetto degli attrezzi: gli allegati A-L del PNGLA

Il valore operativo del PNGLA sta nei suoi allegati, che sono parte integrante del Piano:

- A – *Stima del fabbisogno*: supera l’analisi storica dei consumi e usa dati/ metodi orientati al “bisogno vero”, collegando la programmazione al MNCS (modello nazionale di classificazione/stratificazione della popolazione) in sviluppo PNRR (scadenza giugno 2026). È la base per calibrare offerta e priorità in modo non autoreferenziale.
- B – *Strumenti di supporto alla prescrizione*: raccorda il presidio dell’appropriatezza con raccomandazioni e buone pratiche; qui si innesta anche il ruolo dei RAO come bussola clinico-organizzativa.
- C – *Linee di indirizzo CUP*: oltre agli standard di interoperabilità, prevede sistemi di conferma/disdetta con preavviso di almeno due giorni lavorativi, per ridurre i no-show e ottimizzare le agende.
- D – *RAO ricoveri*: metodo per raggruppare le patologie/procedure in cluster omogenei, con classi di priorità per i ricoveri programmabili.
- E – *Specifiche tecniche ex ante*: definisce il tracciato XML (con XSD), tempi/modalità di invio e validazioni per il conferimento mensile ad AGENAS

3. In dicembre 2025 il PNGLA 2025-2027 è in attesa del parere della Conferenza Stato-Regioni.

dei dati grezzi sulle prenotazioni (istituzionale e ALPI), pubblicati poi sul portale statistico/Portale della Trasparenza.

- F – *Inclusione delle agende*: controlla che tutte le agende (pubblico, privato accreditato, ALPI) siano effettivamente dentro i CUP regionali: condizione necessaria per ogni monitoraggio serio e per percorsi di tutela credibili.
- G – *Requisiti e monitoraggio delle sezioni web*: stabilisce che cosa e come pubblicare su portali regionali/aziendali (contenuti minimi, fruibilità, indicizzazione, collegamenti al CUP online, guida alla lettura dei dati) e introduce un monitoraggio annuale centralizzato dei siti.
- H/I – *Glossari (tecnico e per il cittadino)*: uniformano il linguaggio, dalla “garanzia” al “drop-out”, per rendere comparabili e comprensibili regole e indicatori.
- L – *Prestazioni traccianti*: lista di visite/diagnostica e ricoveri da usare come “sentinelle” per i monitoraggi *ex ante* ed *ex post* (soglia di garanzia $\geq 90\%$ per le prenotazioni istituzionali entro i tempi).

4.2. Governo dell'offerta: ambiti di garanzia, percorsi di tutela, attori e modelli

Il PNGLA mantiene e rafforza gli ambiti territoriali di garanzia: bacini coerenti per misurare l'accesso e attivare la tutela quando la prima disponibilità slitta. I percorsi di tutela restano il cuore della garanzia effettiva: se l'erogatore non rispetta i tempi, il sistema deve offrire un'alternativa nei tempi previsti all'interno dell'ambito (anche presso altro erogatore pubblico o privato accreditato), documentando ogni passaggio.

Accanto a questo, il Piano si apre con realismo a nuove modalità erogative (Telemedicina) e modelli organizzativi flessibili (day-service, percorsi personalizzati), con un ruolo esplicito per la rete territoriale del D.M. 77/2022 e per la farmacia dei servizi. L'idea è semplice: accorciare la distanza tra bisogno e risposta anche cambiando il “come” si eroga, non solo “quanto”.

4.3. Trasparenza e comunicazione: cosa pubblicare e come

Il PNGLA dedica una sezione ampia alla comunicazione: prevede campagne istituzionali e social, materiali per MMG/PLS e farmacie, e – soprattutto – regole chiare per i siti web regionali/aziendali. La sezione “Liste di attesa” deve essere facilmente raggiungibile, indicizzata con keyword standard, collegata al CUP online, e accompagnata da una guida alla lettura dei dati (percentuale di garanzia *ex ante*, valori mediani, ambiti di garanzia, percorsi

di tutela). È previsto un monitoraggio annuale dei siti, con check-list condivisa e pubblicazione degli esiti sul portale del Ministero.

Non è solo trasparenza “formale”, ma l’obiettivo diventa l’*empowerment* del cittadino e la riduzione dell’asimmetria informativa. I dati devono essere aggiornati, omogenei e soprattutto utili (anche per scegliere dove prenotare e come attivare le tutele).

4.4. Cosa devono fare Regioni, Aziende, CUP e professionisti

Per le Regioni:

- adottare/aggiornare il PRGLA (Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa) nei tempi, con piano di monitoraggio e trasparenza coerenti agli allegati; garantire interoperabilità dei CUP regionali e conferimento mensile ad AGENAS;
- istituire/partecipare al Tavolo RAO, recepire gli aggiornamenti del Manuale e calare i criteri nelle procedure di prenotazione e ricovero;
- vigilare su inclusione agende (pubblico, privato, ALPI) e percorsi di tutela attivati negli ambiti di garanzia.

Per le Aziende sanitarie:

- pubblicare il Programma Attuativo Aziendale, i dati storici *ex ante*, i dati dei ricoveri (valori mediani/volumi) e la guida alla lettura; aggiornare la sezione Liste di attesa secondo l’Allegato G;
- alimentare i flussi CUP con dati completi (inclusi no-show/disdette) e curare la manutenzione delle liste e la documentazione delle tutele offerte.

Per i CUP regionali:

- attivare sistemi di promemoria e conferma/disdetta almeno 2 giorni lavorativi prima; integrare tutte le agende e garantire canali multicanale (web, sportelli, numeri utili);
- assicurare fruibilità e indicizzazione della sezione “Liste di attesa” e collegamento diretto al CUP online.

Per i professionisti:

- usare sistematicamente linee guida e RAO per la prescrizione/prenotazione; prestare attenzione a proxy del bisogno inespresso (rinunce, ac-

cessi impropri in PS) e attivare i percorsi di presa in carico più appropriati, anche tramite telemedicina quando indicato.

4.5. Pubblicazione e “guida alla lettura” dei dati

Non basta pubblicare tabelle. Ogni sito regionale/aziendale deve offrire una guida alla lettura con spiegazioni semplici su: percentuale di garanzia *ex ante*, valori medi/medianii dei tempi per classe, ambiti di garanzia e percorsi di tutela. La guida deve essere uniforme nei siti regionali e nel portale ministeriale, per consentire confronti e scelte informate.

4.6. Ricoveri programmati: organizzazione e controllo qualità

Per i ricoveri, il PNGLA lavora su due piani: organizzazione *ex ante* (inserimento in lista, priorità secondo RAO ricoveri, informazione al paziente, convocazione e gestione dei rifiuti) e verifica *ex post* (rispetto dei tempi per procedure traccianti con soglia $\geq 90\%$). L’obiettivo è duplice: tempi adeguati e appropriatezza della sede, nel rispetto delle soglie di rischio di esito e della concentrazione delle attività.

5. Percorsi di tutela: cosa succede (e cosa bisogna fare) quando i tempi superano la priorità

Quando, al momento della prenotazione, la prima disponibilità supera il tempo massimo previsto dalla classe di priorità indicata in ricetta, non ci si limita a “mettere in coda” il cittadino. L’Azienda Sanitaria ha l’obbligo di attivare un percorso di presa in carico che porti comunque all’erogazione della prestazione nei tempi massimi, senza scaricare sul cittadino la ricerca di soluzioni alternative. Questo principio – diritto esigibile e responsabilità dell’Azienda – è scritto nero su bianco nel PNGLA 2025-2027 e si traduce operativamente nei cosiddetti percorsi di tutela, che le Regioni declinano nei propri PRGLA (Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa).

Il percorso di tutela opera dentro gli “ambiti territoriali di garanzia”, cioè bacini omogenei in cui l’offerta di più erogatori (pubblici e privati accreditati) confluisce in modo unitario e viene utilizzata per garantire le prestazioni di primo accesso: è la cornice organizzativa che consente di spostare la prenotazione su un altro erogatore, se necessario, senza far

perdere tempo al cittadino. Per prestazioni più complesse, l’ambito può essere più ampio o sovra-aziendale, purché restino garantiti prossimità e raggiungibilità.

5.1. Cosa succede allo sportello/CUP quando i tempi superano le priorità

Nel primo controllo, l’operatore verifica che la richiesta sia un primo accesso e che la classe di priorità sia correttamente valorizzata (coerente con la prescrizione/RAO e con il bisogno clinico). A questo punto il CUP cerca in tempo reale tutte le agende disponibili nell’ambito di garanzia, includendo pubblico e privato accreditato, come previsto dal Piano. Se un erogatore alternativo ha posti entro il tempo massimo, l’appuntamento viene offerto e fissato; la prossimità può essere superata solo se la natura della prestazione lo richiede.

Se, nonostante la ricerca su tutte le agende dell’ambito, nessuno slot rientra nei tempi, il CUP attiva il percorso di tutela: significa che non si chiude la pratica, ma si documenta la presa in carico e si usano strumenti organizzativi dedicati perché il cittadino riceva comunque la prestazione nei tempi massimi corrispondenti alla priorità. Questo passaggio è parte integrante delle linee di governo dell’offerta del PNGLA.

5.2. Gli strumenti pratici del percorso di tutela (ambulatoriale)

Il Piano prevede che i CUP dispongano di strumenti automatici per la gestione delle tutele in caso di indisponibilità entro i tempi. In concreto:

- *preliste centralizzate*: quando la prenotazione non è possibile subito, l’utente viene inserito in prelista, informato e ricontattato dal CUP non appena si libera (o si crea) un posto, così da rispettare comunque la priorità della ricetta. L’inserimento richiede il consenso e il rilascio di recapiti; la data che conta ai fini del tempo di attesa resta il primo contatto (giorno di ingresso in prelista). Le regole di attivazione, tracciabilità, richiamata e gestione devono essere uguali su tutti i canali (sportello, call center, web, farmacia);
- *offerta aggiuntiva “di riserva”*: il CUP può attingere a slot aggiuntivi creati proprio per le situazioni critiche (classi saturate, agende piene) così da non sforare le priorità. È un bacino “tutelante” da usare solo quando serve per rispettare i tempi;

- *ricerca estesa su tutte le agende*: il presupposto è che tutte le agende (pubbliche, private accreditate e intramoenia) siano dentro il sistema CUP e quindi visibili e prenotabili secondo regole trasparenti; ciò consente di attivare concretamente le alternative nell'ambito.

A tutela dell'efficienza delle agende, il PNGLA rafforza anche conferma e disdetta: l'utente deve disdire almeno due giorni lavorativi prima, con canali facilitati (call center, web, app, sportelli); l'Azienda invia una notifica di avvenuta disdetta (mail o codice), e, in assenza di giustificata disdetta, è prevista la sanzione del ticket per “mancata presentazione”, secondo quanto disciplinato dalle Regioni. Queste misure liberano slot e aiutano a rispettare le priorità.

5.3. Le leve organizzative se l'offerta non basta

Il percorso di tutela non è solo “spostare la prenotazione”: se l'offerta non regge, la normativa indica leve strutturali che le Aziende/Regioni possono azionare per ridurre rapidamente le liste e rientrare nei tempi:

- rivisitare i contratti con i privati accreditati (volumi e mix prestazionale) entro i tetti di spesa;
- riprogrammare le ore di specialistica ambulatoriale interna;
- attivare prestazioni aggiuntive in via temporanea con i propri dirigenti;
- incrementare o attivare nuove ore di specialistica ambulatoriale interna tramite convenzioni.

Sono strumenti gestionali previsti come parte del percorso di tutela quando i tempi massimi vengono superati.

5.4. Percorsi di tutela per i ricoveri programmati (logica sovra-aziendale)

Per i ricoveri, il PNGLA chiede una presa in carico sin dal primo contatto e una collocazione “idonea” in lista all'interno di un ambito di garanzia sovra-aziendale, evitando duplicazioni di visite ed esami. La “tutela” qui significa indirizzare il caso verso la struttura che, a parità di qualità, garantisce tempi migliori, tenendo conto anche di volumi soglia e rischi di esito (D.M. 70/2015). Le Regioni devono favorire una fluidità tra le liste degli istituti di ricovero, sempre nel rispetto della libera scelta del cittadino.

no, e notificare l'inserimento in lista con canali formali (PEC/e-mail/FSE). Il pre-ricovero non “ferma il cronometro”: il tempo di attesa resta quello fino al ricovero.

In parallelo, il PNGLA avvia i RAO Ricoveri (metodo nazionale per la priorità dei ricoveri) e dedica specifiche sezioni alla gestione e manutenzione delle liste (convocazioni, rifiuti, tracciabilità). Anche per i ricoveri, dunque, i percorsi di tutela sono parte integrante della qualità e della sicurezza, non solo dei tempi.

5.5. Come si traduce “tutela” in azioni concrete (il flusso operativo)

1. In fase di prenotazione:
 - verifica classe di priorità e natura di primo accesso;
 - ricerca su tutte le agende dell'ambito di garanzia;
 - se esiste disponibilità nei tempi: fissare e rilasciare documenti/istruzioni;
 - se non esiste: attivare percorso di tutela con prelista e/o slot aggiuntivi; tracciatura del caso e ricontatto entro una finestra utile a rispettare la priorità.
2. Nelle ore/giorni successivi:
 - ricerca proattiva di disponibilità (anche per rinunce/disdette), grazie a conferma-promemoria e disdetta entro 2 giorni;
 - se persiste indisponibilità: attivazione delle leve organizzative (volumi privato accreditato, ore interne, prestazioni aggiuntive) fino al ripristino del rispetto dei tempi.
3. Per i ricoveri:
 - presa in carico già al primo accesso; collocazione idonea in lista in un'ottica sovra-aziendale;
 - notifica formale dell'inserimento; gestione di pre-ricovero, convocazioni e rifiuti con manutenzione attiva della lista;
 - percorsi di tutela inter-aziendali per rispettare tempi e qualità (volumi, esiti, poli di competenza).

5.6. Cosa deve aspettarsi (e può fare) il cittadino

Il cittadino non deve cercare da solo un'alternativa: è compito del CUP e dell'Azienda attivare la tutela e ricontattarlo con una soluzione nei tempi. Può:

- accettare la prelista e indicare recapiti affidabili (telefono/e-mail/FSE) per il richiamo;
- eventualmente chiedere che la prestazione debba essere erogata in regime di intramoenia o di privato accreditato, senza costi aggiuntivi per l'assistito oltre l'eventuale ticket;
- usare la disdetta per liberare slot se non può presentarsi (almeno due giorni lavorativi prima);
- consultare la sezione “Liste di attesa” per capire ambiti, tutele, dati e a chi rivolgersi in caso di problemi.

6. Attività libero-professionale intramoenia (ALPI): cos’è e come funziona

L’ALPI rappresenta la possibilità, per i dirigenti sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale che hanno scelto il rapporto di lavoro esclusivo, di svolgere prestazioni extra-orario a pagamento, utilizzando ambienti (ambulatori, reparti, spazi dedicati) e strumentazioni delle strutture pubbliche. Oltre tutto, poiché nei nuovi contratti delle professioni sanitarie è previsto anche l’istituto dell’intramoenia, nelle Aziende che hanno già provveduto a esperire le procedure per attivazione di tale modalità organizzativa, è previsto che il dirigente sanitario operi, ove previsto, in regime di intramoenia parallelamente al personale delle professioni sanitarie. In casi eccezionali e transitori, l’attività intramoenia può essere svolta in sedi sostitutive autorizzate (la cosiddetta “intramoenia allargata” o “intramoenia extramuraria”).

L’intramoenia nasce nel contesto della riforma del SSN (D.lgs. 502/1992) ed è stata inquadrata dal DPCM del 27 marzo 2000, che detta i principi: equilibrio con l’attività istituzionale, separazione organizzativa e contabile, tracciabilità dei flussi e piena tutela dell’utente. In altre parole: la libera professione si fa “in casa” all’ente pubblico, con regole chiare, senza danneggiare l’attività ordinaria e con conti separati e verificabili. In via generale può essere erogata dalla dirigenza sanitaria in regime di esclusività (medici e altre figure previste dai contratti e dai regolamenti aziendali); l’opzione non esclusiva non consente l’ALPI.

L’ALPI è stata pensata come valvola di scelta e flessibilità: consente al cittadino di selezionare il medico e, in alcune fasi, ha rappresentato anche una capacità aggiuntiva per drenare domande non coperte in tempi utili dall’istituzionale. Proprio perché si svolge “dentro” l’ente, è più trasparente e controllabile rispetto al privato puro: i dati di prenotazione, volumi e tempi possono essere raccolti e analizzati a livello regionale e nazionale. Negli

anni il Ministero e AGENAS hanno predisposto linee guida di monitoraggio specifiche sui tempi ALPI (intramoenia e intramoenia allargata), così da confrontare l'andamento, verificare la separazione dai percorsi istituzionali e prevenire distorsioni.

Il DPCM del 2000 lo pone come principio cardine e demanda alla contrattazione e ai regolamenti aziendali l'organizzazione pratica (agende dedicate, tetti di ore, incompatibilità, controlli). La seconda è la tracciabilità: prenotazioni su canali ufficiali, pagamenti all'ente e ricevute dettagliate proteggono l'utente e il professionista. La terza riguarda gli spazi: l'intramoenia allargata si può fare, ma resta residuale e temporanea, con autorizzazioni puntuali e obbligo di rientro negli spazi aziendali appena disponibili. La quarta è la chiarezza informativa: tariffe, sedi, orari e professionisti devono essere pubblicati e aggiornati sui siti e/o sui portali CUP regionali.

La legge 3 agosto 2007, n. 120 (e successivi aggiornamenti) mette ordine all'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) e ad alcune materie sanitarie con un impianto molto operativo:

- chiede a Regioni e Aziende di rendere disponibili spazi dedicati dentro le strutture pubbliche (con una ricognizione straordinaria degli ambienti e, se necessario, l'uso temporaneo di sedi esterne idonee) per riportare l'ALPI "in casa" e sotto controllo pubblico, con scadenze e responsabilità esplicite;
- prevede un'infrastruttura di rete che colleghi i luoghi di erogazione con l'Azienda, così che prenotazioni, impegni orari, pazienti visitati, prescrizioni e pagamenti confluiscano in tempo reale nei sistemi aziendali, nel rispetto della tracciabilità e del FSE, con misure da adottare anche in caso di emergenze o malfunzionamenti;
- stabilisce che ogni pagamento avvenga verso l'Azienda con mezzi tracciabili e che le tariffe coprano tutti i costi (professionisti, équipe, personale di supporto, attrezzature, prenotazione, riscossione e rete), vincolando inoltre il 5% del compenso del libero professionista a interventi di prevenzione e riduzione delle liste d'attesa;
- impone un monitoraggio aziendale dei tempi delle prestazioni istituzionali, con l'obiettivo – ambizioso e politico – di allineare progressivamente i tempi dell'istituzionale a quelli dell'intramoenia, perché l'ALPI resti una libera scelta del cittadino e non la risposta a disfunzioni organizzative;
- richiede piani aziendali che quantifichino i volumi di istituzionale e di ALPI per ogni unità operativa, con trasparenza verso i cittadini e coinvolgimento del Collegio di direzione, mentre alle Regioni attribuisce poteri di verifica e, nei casi gravi, anche poteri sostitutivi e sanzioni verso i direttori generali inadempienti;

- istituisce e alimenta un Osservatorio nazionale sull'attuazione, chiede relazioni periodiche a Regioni e Ministero e consente, per l'ambulatoriale, l'uso degli stessi spazi/attrezzature dell'istituzionale con separazione di orari, prenotazioni e incassi;
- tocca inoltre la dirigenza sanitaria (part-time per comprovate esigenze, con sospensione dell'ALPI durante il tempo ridotto) e proroga, a certe condizioni, le prestazioni aggiuntive di infermieri e TSRM, con vincoli di finanza pubblica.

Il testo dà conto anche di successive proroghe e di pronunce della Corte costituzionale che hanno inciso su singole disposizioni, ma l'ossatura resta: ALPI tracciata, pagata all'Azienda, governata con piani e indicatori, e un vincolo esplicito a non alimentare le liste d'attesa bensì a ridurle grazie a regole, trasparenza e controllo continui. A tal proposito appare di notevole rilievo l'art. 1 comma 4 lettera g) in cui viene sancito che il ricordo al regime di libera professione intramuraria sia la conseguenza di una libera scelta del cittadino piuttosto che di una carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

La Legge 3 agosto 2007, n. 120 è stata utilizzata dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 153 del 2024) per determinare la violazione, da parte della Regione Liguria, dei principi fondamentali in materia di "tutela della salute" (art. 117, terzo comma, Cost.). Nello specifico, il punto cruciale è l'articolo 1, comma 4, della L. n. 120 del 2007, il quale stabilisce che l'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) dei dirigenti sanitari deve essere esercitata in strutture ambulatoriali interne o esterne all'azienda sanitaria, pubbliche o private, a condizione che queste ultime siano "non accreditate" con il Servizio Sanitario. La Corte, nella sua sentenza, ha ribadito con forza che questo divieto di svolgere l'ALPI presso strutture private accreditate non è una norma di dettaglio, bensì un "principio fondamentale", strettamente connesso e corollario del principio di esclusività del rapporto di lavoro dei medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'obiettivo di tale divieto, come ricostruito dalla Corte, è quello di garantire la massima efficienza del servizio pubblico e, soprattutto, di evitare la nascita di un conflitto di interessi tra il SSN e le strutture private accreditate, le quali svolgono una funzione integrativa e sussidiaria della rete pubblica. La Regione Liguria, con l'art. 47, comma 1, della sua legge, ha invece "inteso disattendere" palesemente questo principio, consentendo ai dirigenti sanitari di operare proprio in quelle strutture private accreditate. Di conseguenza, la Corte ha dichiarato l'incostituzionalità del comma 1 e, per lo stesso motivo, anche del comma 2 (limitatamente alle parole "anche con le modalità di cui al comma 1"), poiché estendeva questa possibilità vietata (l'uso di strutture

accreditate) anche alle prestazioni acquistate dalle aziende sanitarie per ridurre le liste d'attesa.

Un recente parere dell'ARAN⁴ chiarisce ulteriormente alcuni aspetti dell'attività libero professionale del dirigente sanitario:

preliminarmente è opportuno ricordare che l'art. 89 del CCNL 23.1.2024 regola-
menta la libera professione intramuraria dei dirigenti sanitari con rapporto di la-
voro esclusivo e tale attività è oggetto di un apposito regolamento interno azien-
dale [rif. commi 1 e 3 dell'art. 88, *NdR*], tenuto conto delle eventuali linee di in-
dirizzo regionali. Peraltro, il comma 8 del citato articolo 89 prevede che l'attività
libero professionale sia prestata con le modalità indicate nell'art. 5, comma 4
del DPCM 27.3.2000; sull'argomento inoltre, l'art. 39 del D.lgs. 81/2008, nel
disciplinare la tutela della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, prevede che
la figura del medico competente svolga la propria opera in qualità, fra le altre,
di dipendente o collaboratore di una struttura esterna pubblica o privata, conven-
zionata con l'imprenditore. Tale attività è, per ovvie ragioni, inibita ai dipendenti
assegnati agli uffici che svolgono attività di vigilanza.

L'autorizzazione aziendale prevista dal DPCM 27.3.2000 può essere con-
cessa anche nei casi di esercizio di attività professionali svolte in qualità di
specialista in medicina del lavoro o medico competente nell'ambito delle at-
tività previste dal D.lgs. n. 81/2008, con esclusione dei dirigenti che versino
in condizioni di incompatibilità in quanto direttamente addetti alle attività di
prevenzione (si veda in proposito l'art. 118 del CNL 19.12.2019).

Sulla possibile autorizzazione è bene richiamare specifiche norme che
disciplinano taluni aspetti in tema di esercizio dell'attività libero professio-
nale, ovvero:

- l'art. 4, comma 7, l. n. 412 del 1991: “L'esercizio dell'attività libero-profes-
sionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale è compatibile
col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dall'orario di lavoro
all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, *con esclusione*
di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale”;
- l'art. 1, comma 5, l. n. 662 del 1996: “Ferme restando le incompatibilità
previste dall'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412,
da riferire anche alle strutture sanitarie private accreditate ovvero a quelle
indicate dall'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724,
l'opzione per l'esercizio della libera professione intramuraria da parte del

4. www.aranagenzia.it/orient-applicativi/un-medico-dipendente-del-ssn-può-svolgere-attività-libero-professionale-di-medico-competente-presso-strutture-private-convenzionate/ (ultima consultazione: 08/11/25).

personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, da espletare dopo aver assolto al debito orario, è *incompatibile con l'esercizio di attività libero professionale*".

Questa disposizione vieta, peraltro, anche ai medici in extramoenia lo svolgimento di attività libero professionale in favore di strutture private accreditate (l'attività libero professionale da parte dei soggetti che hanno optato per la libera professione extramuraria non può comunque essere svolta presso le strutture sanitarie pubbliche, diverse da quella di appartenenza, o presso le strutture sanitarie private accreditate, anche parzialmente).

7. Strutture private accreditate: quando e come possono erogare prestazioni SSN

Le strutture private accreditate erogano prestazioni del Servizio sanitario nazionale quando, oltre alla semplice autorizzazione all'esercizio, hanno ottenuto l'accreditamento istituzionale e hanno sottoscritto con la Regione/SSR gli accordi contrattuali che fissano volumi, tariffe, standard e tetti di spesa (D.lgs. 502/92): è la sequenza "autorizzazione → accreditamento (art. 8-quater) → contratto (art. 8-quinquies)", che consente di operare in regime SSN e non da privato puro.

Tabella 1 - Procedura di accreditamento

Fase	Oggetto/ Protagonisti	Finalità principale	Normativa di riferimento
Autorizzazione	Strutture pubbliche/ private	Abilitare l'apertura e l'esercizio lecito dell'attività	D.lgs. 502/1992, norme regionali
Accreditamento	Strutture già autorizzate	Riconoscere la qualità e idoneità a operare per conto SSN	D.lgs. 502/1992, linee regionali
Accordi/Contratti	Strutture accreditate e Regione	Stabilire prestazioni, volumi, remunerazione e modalità	D.lgs. 502/1992, D.lgs. 229/1999

Nella cornice del PNGLA questo perimetro viene ulteriormente vincolato: la piena interoperabilità dei centri di prenotazione delle strutture private accreditate con i CUP regionali, nel rispetto dei tracciati e dei requisiti informativi definiti, costituisce condizione preliminare – a pena di nullità – per la stipula dei contratti *ex art. 8-quinquies*. La gestione trasparente delle agende e delle liste, con la loro integrazione nel sistema informativo regionale, è invece qualificata come elemento contrattuale rilevante ed è assunta anche a criterio di valutazione dell'accreditamento istituzionale *ex art. 8-quater*, in

coerenza con il D.M. 19 dicembre 2022 su qualità, sicurezza e appropriatezza. In pratica, quando sono contrattualizzate, le strutture private accreditate entrano a pieno titolo nel sistema di offerta pubblico: compaiono nello stesso ecosistema di prenotazione degli ambulatori delle Aziende sanitarie, degli IRCCS e delle Aziende ospedaliere, come ridisegnato dal D.M. 77/2022, e le loro prestazioni rientrano – entro tetti e alle tariffe nazionali vigenti – nel perimetro delle attività garantite dal SSN. Questo comporta alcuni obblighi concreti: inclusione integrale delle agende nei sistemi CUP (visibilità e prenotabilità “a vista” insieme al pubblico e all’ALPI), partecipazione ai monitoraggi ex ante e conferimento dei dati grezzi secondo tracciati condivisi, perché l’andamento dei tempi e dei volumi sia verificabile a livello regionale e nazionale; su questo punto il PNGLA ribadisce che l’inclusione di tutte le agende (pubbliche, private accreditate e intramoenia) è il presupposto di ogni governo delle attese ed è oggetto di monitoraggio dedicato.

Dal lato del cittadino, l’accesso è identico a quello delle strutture pubbliche: impegnativa SSN con classe di priorità, prenotazione attraverso i canali CUP e applicazione delle stesse regole di ticket/esenzioni; la prestazione è erogata nella struttura accreditata, ma in regime istituzionale, quindi senza extra-addebiti oltre quanto previsto dalla partecipazione alla spesa. Dal lato organizzativo, le strutture accreditate vengono inserite negli ambiti territoriali di garanzia insieme agli erogatori pubblici: ciò significa che, ai fini del rispetto dei tempi per i primi accessi, il sistema considera come un unico panier le risorse territoriali, ospedaliere e del privato accreditato, così da offrire al cittadino la prima disponibilità utile nel proprio ambito, nel rispetto della prossimità e con ambiti più ampi per prestazioni complesse. Questa integrazione è essenziale anche per i percorsi di tutela: se in un punto dell’ambito la prima data sfiora la priorità, il CUP deve attivare la ricerca su tutti gli erogatori dell’ambito – pubblico e accreditato – e proporre l’alternativa che consenta di rientrare nei tempi, documentando il passaggio. È una delle leve esplicite con cui il PNGLA chiede di superare le criticità d’offerta.

Sul fronte dei ricoveri programmati, la logica è analoga e di livello sovra-aziendale: le Regioni devono garantire una governance che renda “fluide” le liste tra strutture pubbliche e private accreditate, con un sistema informativo che legga la programmazione chirurgica di entrambi per offrire la migliore opzione possibile in tempo e qualità, sempre salvaguardando la libera scelta e la tracciabilità del trasferimento di lista. Infine, in ottica di accountability, siti regionali e aziendali sono chiamati a pubblicare in modo fruibile i dati su tempi e liste – inclusi gli erogatori privati accreditati – e a collegare chiaramente i servizi di prenotazione online: trasparenza e fruibilità non sono un orpello, ma parte integrante del patto con i cittadini e della verifica del rispetto dei contratti.

In sintesi: le strutture private accreditate erogano SSN quando sono accreditate e contrattualizzate secondo programmazione regionale, e come parte della stessa rete di offerta visibile nel CUP, con le stesse regole di priorità, ticket, flussi e controlli. Il loro pieno inserimento negli ambiti di garanzia e nei monitoraggi PNGLA è oggi una condizione sostanziale, non formale, per far funzionare tutele e tempi in modo omogeneo sul territorio.

8. Mobilità sanitaria e liste di attesa

La mobilità sanitaria è lo “spostamento” dei pazienti da una Regione all’altra per ricevere una prestazione. Non è un fenomeno marginale né episodico: è una lente che ci mostra dove l’offerta funziona, dove fatica a rispondere al bisogno e dove – spesso – si scaricano squilibri che si traducono in tempi di attesa non accettabili nel territorio di residenza. Per questo AGENAS⁵ dedica un rapporto strutturato al tema, sottolineando che l’analisi dei flussi è indispensabile per la pianificazione, per distribuire in modo efficiente le risorse e per garantire un accesso equo e tempestivo alle prestazioni del SSN. Nel 2023, la mobilità ospedaliera e quella ambulatoriale insieme hanno rappresentato circa l’85% della spesa complessiva per mobilità: capire come e perché ci si sposta significa, in pratica, capire come e perché si formano – o si riducono – le liste d’attesa.

8.1. Mobilità sanitaria e liste di attesa

Il rapporto distingue tre grandi famiglie:

- *mobilità casuale*: ricoveri in urgenza fuori Regione;
- mobilità apparente: ricoveri in Regione di domicilio che non coincide con quella di residenza;
- *mobilità effettiva*: gli spostamenti “scelti” per curarsi in un’altra Regione, spesso guidati da qualità percepita, prossimità reale, reputazione dei professionisti o disponibilità più rapida.

Dentro l’effettiva, AGENAS osserva tre sottoinsiemi: DRG ad alta complessità, media/bassa complessità e DRG potenzialmente inappropriati; inoltre, distingue tra ricoveri “a tetto” e “non a tetto”, tra regioni di confine e non di confine e tra ricoveri a prossimità accettabile e non. È una griglia che aiuta

5. www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/mobilita_sanitaria-2024/AGENAS_Mobilità_Sanitaria.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

a leggere le ragioni degli spostamenti e a capire quando la mobilità è “inevitabile” e quando invece segnala un vuoto organizzativo che tende ad allungare i tempi a casa propria.

8.2. Gli indicatori di monitoraggio

Gli indicatori di monitoraggio sono il ponte tra i dati di mobilità e le decisioni operative sulle liste d’attesa:

- *Indice di Fuga* (IF): quanta parte dei ricoveri/prestazioni dei residenti viene erogata fuori Regione. Se cresce, è un campanello che – a parità d’altra condizioni – può riflettersi in tempi più lunghi “in casa”;
- *Indice di Attrazione* (IA): quanta parte della produzione regionale attira pazienti non residenti. Non è negativo di per sé; indica poli di eccellenza che, però, devono essere governati per non sovraccaricare l’offerta e generare attese;
- *Indice di Soddisfazione della Domanda Interna* (ISDI): se è pari a 1 la Regione assorbe la propria domanda; sotto 1 no; sopra 1 indica capacità produttiva superiore al fabbisogno. È un indicatore chiave per capire se e dove si formano le attese strutturali;
- *saldo economico* (ricavi da attrazione – costi da fuga): misura l’equilibrio economico della mobilità; non dice da solo tutto sulle liste, ma accompagna la lettura della sostenibilità degli aggiustamenti di offerta;
- *% di mobilità “a tetto”*: quota di ricoveri classificati “a tetto” sul totale della mobilità passiva; utile per capire quanto della fuga ricade su tipologie contrattualizzate/programmabili;
- *fuga di confine*: quanta parte della fuga si dirige verso regioni confinanti; spesso qui opera la variabile “distanza/tempo di viaggio”, cioè una leva diretta sulle attese vissute dai cittadini;
- *Indice di Distanza Accettabile* (IDA): quando l’ospedale extraregionale è più vicino (in termini di tempo) della struttura regionale più prossima; aiuta a separare la mobilità “inevitabile” da quella dovuta a carenze organizzative che si traducono in code;
- *Indice di Potenziale Attrattività dell’Operatore* (IPAO): misura il peso della reputazione del singolo chirurgo nella fuga; è prezioso per politiche di ingaggio, reti e mobilità dei professionisti, tutte misure che possono alleggerire le attese senza spostare i pazienti.

In sintesi: questi indicatori non “misurano la lista” in sé, ma misurano le condizioni che favoriscono o riducono le liste d’attesa.

8.3. Le dimensioni del fenomeno

Guardando all’ospedaliero, nel 2023 la mobilità effettiva vale 2,3 miliardi di euro e 536 mila ricoveri; circa due terzi della spesa (68%) vanno a strutture private accreditate. La concentrazione geografica è marcata: Campania, Lombardia e Puglia rappresentano oltre un quarto dei ricoveri in mobilità effettiva e della spesa connessa.

L’indice di fuga ospedaliero si muove da anni tra 8,5% e 9% (massimo 8,69% nel 2023), con la parentesi in calo del 2020 per la pandemia. Tradotto: un livello strutturale di spostamenti extra-regionali che, se non governato, si riflette nei tempi di accesso per i residenti (e nei carichi per le Regioni attrattive).

Sul fronte ambulatoriale, la mobilità pesa circa il 15% della spesa totale per mobilità; dopo il calo del 2020, nel 2023 i costi raggiungono circa 647 milioni, con indice di fuga 2,42%. In volume, circa due terzi delle prestazioni sono di Laboratorio, ma dal punto di vista dei costi pesano di più Terapia e Diagnostica.

8.4. Dove (e perché) ci si sposta

Più della metà (55,79%) della spesa per mobilità effettiva ospedaliera 2023 si scambia tra Regioni confinanti: la distanza *reale* è una spinta potente. Guardando alle fasce di prossimità, la spesa si distribuisce così: 2% entro 30 minuti, 9% entro 60, 26% entro 120, 18% entro 180, 45% oltre 180 minuti. In parole semplici: quasi un ricovero su due richiede oltre tre ore di viaggio.

Le differenze territoriali sono nette: Nord con quota molto alta di mobilità di confine (84,8%), Centro al 67%, Sud al 25,7%. Veneto è la Regione “più di confine” (94,6%), mentre Puglia e Sicilia – per conformazione geografica – hanno quote minori di spesa in mobilità di confine.

L’IDA aiuta a distinguere la mobilità “giustificata” dalla sola distanza/tempo (da non combattere) da quella su cui intervenire: ad esempio, l’IDA segnala che l’MDC 15 (neonatale) ha la quota più alta di fuga “accettabile”, mentre in termini di costi spiccano MDC 8 (muscolo-scheletrico) e MDC 5 (cardiocircolatorio). È un’indicazione utile per le reti cliniche e per programmare dove conviene concentrare l’offerta per ridurre attese evitate.

8.4.1. Strutture e professionisti: reputazione e volumi

In volume di mobilità attiva, l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è primo con 17.457 ricoveri (28 mln € di costi a carico delle Regioni di prove-

nienza); sul versante dei costi di fuga, guidano Humanitas (63 mln €) e Policlinico Gemelli (54 mln €). Qui si vede bene quanto continuo poli clinici e reputazione, che generano attrazione ma anche carichi che, se non pianificati, possono riflettersi in attese.

L’IPAO quantifica proprio l’attrattività del singolo chirurgo: nel 2023 i valori più alti sono in Toscana (25,4%), Veneto (23,2%) e Lazio (18,3%). Politiche mirate su ingaggio e reti professionali possono spostare l’offerta (i medici) anziché i pazienti, con benefici sui tempi di accesso.

8.4.2. Pubblico e privato accreditato

Nell’ospedaliero, circa due terzi della spesa per mobilità effettiva finiscono al privato accreditato (68% della spesa; 62% dei volumi). Anche nella mobilità di confine e non di confine, il privato accreditato assorbe circa due terzi dei costi. Capire chi eroga e dove consente di costruire accordi di rete e contratti più coerenti con i fabbisogni, alleggerendo le attese nelle Regioni di fuga.

8.4.3. Ambulatoriale: non solo “esami di laboratorio”

Nel 2023, le Regioni con maggiore indice di fuga ambulatoriale sono Molise (12,61%), Calabria (7,42%) e Valle d’Aosta (6,57%); le più “auto-sufficienti” sono Lombardia (1,22%), Toscana (1,44%) ed Emilia-Romagna (1,71%). In media, il 61,9% delle prestazioni è erogato dal pubblico e il 38,1% dal privato, ma per Terapia e Riabilitazione la quota privata supera il 59%. Ancora una volta la prossimità pesa: un paziente su due si sposta oltre 180 minuti per cure ambulatoriali.

Guardando i costi per macro-categorie FA-RE, pesano soprattutto Terapeutiche (214 mln €) e Diagnostica (204 mln €), poi Laboratorio (181 mln €); Visite e Riabilitazione hanno impatto economico molto inferiore. Sono informazioni preziose per programmare slot, tecnologie e contratti dove servono davvero per ridurre tempi e spostamenti.

8.5. Andamenti: una costanza “strutturale” da governare (post-pandemia)

Nel periodo 2018–2019 i ricoveri in mobilità erano circa 720.000/anno (spesa ~2,8 mld €). Con il Covid-19 c’è stata una caduta, poi una rapida ripresa dalla seconda metà 2021, fino al massimo dell’IF nel 2023 (8,69%). La

lezione è semplice: la mobilità non è un’eccezione ma una costante del sistema; va governata, non subita – anche per non spingere i cittadini a cercare altrove ciò che non trovano nei tempi giusti vicino casa.

8.6. In conclusione: dal dato alla pratica

Il messaggio del rapporto è chiaro: misurare la mobilità non significa solo contare chi parte e chi arriva; significa disporre di un cruscotto operativo per agire sulle liste d’attesa. Gli indicatori (IF, IA, ISDI, Fuga di confine, IDA, IPAO, percentuale “a tetto”) servono per:

- capire dove l’offerta non copre il bisogno;
- decidere come potenziare: personale, slot, tecnologie, reti cliniche;
- contrattare meglio con il privato accreditato;
- ri-localizzare intelligentemente i volumi in logica di prossimità;
- ridurre gli spostamenti “evitabili” e i tempi, preservando la mobilità “giusta” (quella di prossimità) e valorizzando i poli di eccellenza senza generare code.

In altri termini: la mobilità non è il problema; è il sintomo misurabile degli squilibri. Usata bene, diventa lo strumento più concreto per costruire percorsi di accesso più rapidi, equi e vicini ai cittadini.

9. Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato

Le Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato nascono per dare una regia unica, misurabile e condivisa a tutto ciò che accade dal momento in cui si decide che un intervento è necessario fino alla dimissione e al rientro sul territorio, superando l’idea che la sala operatoria sia “solo” un luogo tecnico e riportando al centro il processo organizzativo, clinico e informativo che lo sostiene; sono state approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni⁶ e si applicano alla chirurgia programmata (non all’urgenza), con tre pilastri trasversali: trasparenza dei tempi/lista, informatizzazione dell’intero percorso e monitoraggio con indicatori standard, in coerenza con PNGLA, LEA e standard ospedalieri (volumi/esiti). In con-

6. www.statoregioni.it/media/2762/p1-csr-atto-rep-n-100-9lug2020.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

creto, le Linee chiedono a Regioni e Aziende di costruire una architettura di governo chiara: una strategia chirurgica definita e guidata dalla Direzione (Gruppo Strategico), una programmazione operativa che separa e bilancia i flussi (day surgery, week surgery, ordinario) e orchestra risorse e priorità (Gruppo di Programmazione), e un gruppo operativo che governa il “giorno per giorno” del blocco operatorio, risolvendo criticità e tenendo la rotta sugli standard (tempi, sicurezza, utilizzo) con un Regolamento di sala aziendale che definisce regole di accesso, nota operatoria settimanale/giornaliera, gestione imprevisti e audit; questa cornice rende tracciabile la responsabilità e converte la variabilità in processo replicabile. Nel pre-operatorio le Linee introducono un passaggio chiave, spesso ignorato nella pratica: la distinzione tra Lista di Presa in Carico (PIC) – quando l’indicazione chirurgica c’è, ma il paziente non è ancora “operabile” perché servono completamenti diagnostici/ottimizzazione clinica o un periodo di osservazione – e Lista di Attesa (LdA), dove si entra solo quando il paziente è pronto, consapevole e disponibile all’intervento; da qui il tempo di attesa si misura fino al ricovero, evitando “code gonfiate” da casi non maturi e creando un incentivo a fare bene la valutazione pre-operatoria. A valle dell’ingresso in LdA, il pre-ricovero serve a stimare rischio e bisogni (anestesiologici, trasfusionali, post-operatori), a ottimizzare condizioni, a definire setting di degenza e a gestire consenso informato con pochi accessi e con un’informatizzazione che colleghi prescrizioni, esami, agenda operatoria e, quando previsto, FSE; il suo tempo fa parte dell’attesa, dunque va organizzato con calendario e slot adeguati per non diventare un “tappo”. La programmazione del blocco operatorio si muove su due strumenti: Nota operatoria settimanale (lista dei casi idonei prelevati dalla LdA, con sala, intervento, durata prevista, équipe, anestesia, necessità speciali, emocomponenti, RR/TIPO, allergie, classificazione igienica, posizionamento, lateralità) sottoposta a verifica/validazione centrale, e Nota giornaliera confermata il giorno prima entro un’ora standard (es. 12:00), con criteri pratici (casi lunghi a inizio seduta, infetti a fine seduta, sincronizzazione con disponibilità posti letto/RR/TIPO); se le liste sono critiche, le Linee spingono a usare la leva della settimana estesa (sei giorni) e a integrare strettamente programmazione sale e prenotazioni, per massimizzare la capacità produttiva senza compromettere sicurezza e qualità. Nella fase intra-operatoria il percorso viene standardizzato attraverso una mappatura di eventi/tempi (ingresso in blocco, inizio induzione, ingresso in sala, incisione, fine atto, uscita da sala, uscita da blocco, con passaggi aggiuntivi se presenti: sala induzione, “paziente pronto”, recovery room, terapia intensiva) che consente di calcolare indicatori chiave: raw utilization della sala (tempo occupazione/tempo assegnato), start-time tardiness del primo caso, turnover time tra un caso e l’altro (pulizia/preparazione), tempo chirurgico medio, tasso di

cancellazioni e value-added time (quota di tempo realmente “a valore” sul totale di attraversamento sala); il messaggio è semplice: non basta “riempire” la sala, serve produrre valore con tempi affidabili, cambi rapidi e riduzione degli sprechi. Nel post-operatorio le Linee chiedono di progettare a priori la via di uscita: valorizzare day e week surgery per la bassa-media complessità, disporre di una Recovery Room/PACU (Unità di Cura Post-Anestesia) vicina al blocco per il risveglio e la stabilizzazione (evitando ricoveri impropri in TI), programmare la TIPO quando prevedibile in fase pre-op, e attivare un Bed Management 7/7 che governi i macro-flussi (ingressi/uscite), coordini disponibilità posti con l’agenda operatoria e gestisca l’escalation della domanda quando si formano colli di bottiglia; anche qui, tutto torna alla capacità di pianificare “a monte” e di leggere i dati “a vista”. La sicurezza resta un asse non negoziabile: checklist (Sign-In, Time-Out, Sign-Out), raccomandazioni ministeriali, risk management (incident reporting, audit, FMEA, RCA) si applicano all’intero percorso – non solo dentro la sala – e la comunicazione con il paziente e tra professionisti è riconosciuta come “tempo di cura” a tutti gli effetti; formazione continua, audit periodici e una cultura di clinical governance sostengono l’aderenza alle pratiche e l’apprendimento dagli eventi. A livello di metodo gestionale, le Linee suggeriscono due “linguaggi” operativi comuni: Operations Management (progettazione/controllo dei flussi, pianificazione dinamica di sale, degenze, sterilizzazione, reporting con indicatori condivisi) e Lean System (lotta sistematica agli sprechi, visual management con dati a vista, huddle brevi quotidiani, value stream mapping, gemba walk, spaghetti diagram), perché senza strumenti e routine di miglioramento gli standard restano carta; l’informatizzazione del percorso – dalla LdA ai tempi di sala, fino alla dimissione e al raccordo territoriale – è la colla che tiene insieme governo clinico e governo produttivo. Infine, c’è una dimensione inter-istituzionale: le Linee prevedono un tavolo congiunto Ministero-Regioni-Agenas ed esperti per monitorare l’attuazione, leggere le criticità e indirizzare le azioni correttive, sostituendo l’idea di un osservatorio calato dall’alto con una sede stabile di co-governo; alle Regioni si chiede di recepire e adattare il modello, alle Aziende di implementarlo con responsabilità chiare, pubblicando risultati e indicatori in modo confrontabile e rendendo trasparente al cittadino come si entra in LdA, quali sono i tempi attesi, come si programma e con quali tutele si gestiscono le priorità e gli eventuali spostamenti/riconversioni. In breve: un percorso chirurgico programmato centrato sul paziente, governato da regole semplici ma esigibili, misurato con pochi numeri che contano e reso visibile dentro e fuori l’ospedale, così che qualità, efficienza e tempi di attesa non siano obiettivi in concorrenza ma facce della stessa organizzazione.

3. Nodi e snodi: analisi delle cause cliniche, organizzative e gestionali delle liste di attesa

1. Medicina difensiva e impatto sulla domanda di prestazioni

La medicina difensiva, nelle parole e nei dati raccolti da AGENAS¹, è quella pratica per cui il medico amplia o modifica richieste di visite, esami e trattamenti più per cautelarsi da possibili contenziosi che per reale necessità clinica. È un fenomeno cresciuto insieme all'erosione del rapporto di fiducia medico-paziente, alla pressione mediatica, all'aumento delle attese e all'evoluzione del quadro giuridico della responsabilità professionale. Gli effetti sono tutt'altro che astratti: più liste d'attesa, maggiore inappropriatezza (*overuse* diagnostico e terapeutico, ma anche *underuse* quando si evita ciò che sarebbe indicato), costi più alti per il SSN e stress organizzativo che si ripercuote sulle coperture assicurative e sul clima delle équipe. Secondo lo studio pilota AGENAS (quattro Regioni, questionario web a quasi 1.500 medici ospedalieri), il 58% dichiara di praticare medicina difensiva e il 93% la percepisce in aumento; tra le cause più citate: quadro legislativo sfavorevole (31%), timore di essere citati in giudizio (28%), pressioni/aspettative di pazienti e familiari (14%). AGENAS stima un impatto economico complessivo nell'ordine di 9-10 miliardi l'anno, con peso prevalente della medicina difensiva diagnostica (che attiva "cascate" di accertamenti, incidentalmi e follow-up non necessari). Il fenomeno ha anche un volto etico-organizzativo: ogni evento avverso produce "tre vittime" (paziente/famiglia, professionista coinvolto, organizzazione), alimentando reazioni emotive e comportamenti di eccesso/astensione che si auto-rinforzano nel tempo. Per contrastarlo AGENAS indica leve di sistema: cultura della sicurezza (analisi degli eventi

1. www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/15_medicina_difensiva.pdf
(ultima consultazione: 08/11/25).

e risk management), linee guida e PDTA realmente applicati, informazione trasparente e comunicazione clinica efficace, uso di iniziative tipo Choosing Wisely per ridurre prestazioni a basso valore, e formazione continua che bilanci “no blame” e accountability. In sintesi, “less is more” non è un motto di risparmio ma una strategia di qualità: meno esami inutili vuol dire più tutela per il paziente, meno attese, meno rischio per i professionisti e più sostenibilità per il SSN.

Le cause della medicina difensiva si intrecciano lungo tre piani – relazionale, culturale-mediatico e organizzativo-giuridico – che si alimentano a vicenda. Alla base c’è l’erosione del rapporto di fiducia medico-paziente: l’aspettativa (spesso “miracolistica”) di guarigione, l’aumento della consapevolezza dei diritti, la pressione dei media e dell’infosfera sanitaria online trasformano ogni incertezza clinica in un potenziale contenzioso, spingendo i professionisti a “mettere in ricetta” ciò che tranquillizza più che ciò che serve davvero. L’editoriale e gli approfondimenti AGENAS descrivono bene questo passaggio: pubblicità aggressiva di cause per “malasanità”, clima reputazionale ostile e narrazioni generalizzanti incidono sul comportamento dei medici, con effetti a catena su attese, inappropriatezze e costi del SSN. Sul piano organizzativo e cognitivo pesa la qualità (spesso parziale) delle informazioni disponibili al momento della decisione: quando dati, tempi e contesto non sono chiari, prevalgono il vissuto personale, le componenti emotive e pseudo-razionali e le “euristiche” di protezione (fare un esame in più, chiedere un consulto in più) che danno una falsa sensazione di sicurezza, ma non riducono il rischio reale. In termini tecnici, la difensiva è errore di appropriatezza: prestazioni non dovute (eccesso) o, all’opposto, rinunce a interventi indicati (difetto). AGENAS richiama esplicitamente questa doppia faccia della difensiva (positiva/negativa), chiarendo che l’una genera sprechi e l’altra sottrazione di cure poiché entrambe nascono più dalla paura che dall’evidenza. L’aumento del contenzioso, i tempi lunghi di giustizia e soprattutto la paura di accuse ingiuste dopo aver “fatto tutto il possibile” spostano l’asticella verso comportamenti autoprotettivi. In questi casi, AGENAS sottolinea anche l’impatto emotivo dei “gravi eventi”, con le famose tre vittime (paziente/famiglia, professionista, organizzazione), che alimentano spirali di reazioni difensive e peggiorano il clima clinico e gestionale. Sul fondo resta la complessità intrinseca della cura (patologie complesse, difficoltà nel distinguere esito avverso da alea terapeutica, variabilità legata a età, stato sociale, volumi ospedalieri) che rende più probabili incertezze e decisioni “allargate”, specie dove mancano percorsi e supervisioni strutturate. A complicare il quadro contribuisce la distorsione informativa rispetto alle proiezioni improprie di dati esteri sulla realtà italiana e comunicazioni sensazionalistiche hanno consolidato una percezione di rischio non oggettiva, logorando

ulteriormente la relazione e incentivando scelte difensive. Infine, tra le cause strutturali AGENAS include deficit di cultura della sicurezza e di comunicazione clinica (consenso informato vissuto come burocrazia, non come dialogo), insufficiente adozione di linee guida/PDTA e carenze di risk management e formazione: quando l'organizzazione non protegge dall'errore con metodi e percorsi, il singolo cerca protezione “a modo suo” – prescrivendo di più o rinunciando a ciò che teme – spostando il rischio dal paziente alla lista d’attesa e dal sistema alla spesa.

L’ordinamento italiano, fino a tempi recenti, prevedeva responsabilità penali anche per errori non gravissimi del medico, alimentando una percezione di “sistema penalizzante” nei confronti dei professionisti². In un sondaggio condotto su un campione di medici, il 31% ha indicato nella legislazione sfavorevole la causa principale del problema, seguita dal rischio di essere citati in giudizio (28%) e dal deterioramento del rapporto di fiducia con il paziente³. Questo clima ha portato molti sanitari ad adottare un comportamento auto-protettivo. Inoltre, fino a pochi anni fa il reato penale di responsabilità medica non distingueva tra gradi di colpa, creando incertezza: qualsiasi esito avverso poteva teoricamente esporre il medico a conseguenze gravissime, anche in caso di colpa lieve. Per correggere queste distorsioni, il legislatore è intervenuto con due riforme chiave: il Decreto-legge 158/2012 (convertito in L. 189/2012, noto come “Decreto Balduzzi”) e la Legge 24/2017 (cosiddetta Legge Gelli-Bianco).

Il Decreto Balduzzi introduce per la prima volta un principio di differenziazione della colpa medica in sede penale: l’art. 3 della L. 189/2012 stabilisce la non punibilità per colpa lieve del professionista sanitario che si attenga a linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali accreditate. Questa norma, sebbene “laconica e incompleta” secondo la stessa comunità medica, depenalizzava di fatto gli errori lievi commessi in aderenza a protocolli validati, pur lasciando impregiudicato l’obbligo di risarcimento civile. Successivamente, la Legge Gelli-Bianco (L. 24/2017) ha riformato ulteriormente la materia della responsabilità professionale sanitaria: essa ha escluso la punibilità penale nei casi di imperizia (scarsa abilità tecnica) del medico che abbia rispettato le linee guida, rinunciando però al criterio graduale della colpa introdotto dalla riforma precedente. In pratica, con la Gelli-Bianco il legislatore ha eliminato la distinzione tra colpa lieve e grave in sede penale, limitando l’esenzione a una specifica fattispecie (l’imperizia non grave in aderenza alle evidenze scientifiche) e lasciando che fosse la giurisprudenza

2. www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117456 (ultima consultazione: 08/11/25).

3. www.quotidianosanita.it/allegati/allegato132692.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

a chiarire i margini delle altre situazioni. Parallelamente, la legge ha previsto misure per migliorare la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico (obbligo di assicurazione per strutture e operatori, tentativi obbligatori di conciliazione stragiudiziale, istituzione dell’Osservatorio nazionale sulle pratiche sicure, ecc.).

Questi interventi normativi hanno avuto l’obiettivo di ridurre la pressione medico-legale percepita dai sanitari, e quindi disincentivare la pratica difensiva. Vi sono segnali incoraggianti, ma anche evidenze che il timore di cause legali rimanga elevato. A cinque anni dall’entrata in vigore della legge Gelli, ad esempio, il numero di nuove azioni legali non si è ridotto drasticamente e sindacati medici come Anaaao-Assomed hanno sempre chiesto ulteriori passi, tra cui la depenalizzazione piena dell’atto medico.

Nel mese di settembre 2025 il Consiglio dei ministri ha approvato il disegno di legge delega in materia di professioni sanitarie che introduce modifiche al regime di responsabilità penale degli operatori del settore. Il provvedimento prevede la punibilità dei medici e del personale sanitario esclusivamente nei casi di colpa “grave”, estendendo in forma strutturale le tutele già sperimentate durante l’emergenza Covid-19.

Il testo stabilisce che gli esercenti le professioni sanitarie sono punibili penalmente solo per colpa “grave” quando si attengono alle “linee guida” definite per legge o alle “buone pratiche clinico-assistenziali”, purché queste risultino adeguate alle specificità del caso concreto. La norma introduce criteri specifici per la valutazione della responsabilità, includendo fattori quali la scarsità di risorse umane e materiali, le carenze organizzative non evitabili dall’operatore, i limiti delle conoscenze scientifiche, la complessità delle patologie e le situazioni di urgenza ed emergenza.

Il provvedimento tiene conto anche del ruolo specifico svolto in contesti di cooperazione multidisciplinare e della concreta disponibilità di terapie adeguate. Questi parametri mirano a fornire una valutazione più oggettiva della responsabilità professionale, considerando il contesto operativo reale in cui si svolge l’attività sanitaria.

Tranne rare eccezioni (come la Polonia), in Europa i contenziosi per malpractice sono perlopiù gestiti in sede civile assicurativa e solo eccezionalmente portano a implicazioni penali⁴. L’Italia sta cercando di allinearsi a queste prassi internazionali, riconoscendo che un eccesso di litigiosità danneggia non solo i medici ma anche i pazienti, poiché alimenta costi e sprechi: come osservato, quasi tutte le denunce (95%) si risolvono senza colpa, ma nel frattempo il sistema ha speso tempo e risorse che avrebbero potuto

4. www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/medicina-difensiva/piaga-per-ssn-costa-oltre-mld-di-euro-l-audizione-di-anaaao-all-camera/ (ultima consultazione: 08/11/25).

essere dedicate ad attività assistenziali. In conclusione, la medicina difensiva rappresenta una causa “clinico-organizzativa” di allungamento delle liste d’attesa, in quanto produce un eccesso di domanda artificiale di prestazioni. Ridurne l’incidenza richiede sia interventi normativi (per dare maggiori certezze ai medici, come fatto con le leggi Balduzzi e Gelli) sia azioni organizzative (linee guida cliniche, formazione, sistemi di audit sull’appropriatezza, e una migliore comunicazione medico-paziente). Soltanto riducendo il clima di colpa e rafforzando l’appropriatezza sarà possibile liberare risorse oggi impegnate in esami inutili, migliorando così i tempi di attesa per le prestazioni realmente necessarie.

In questa direzione, il riordino delle professioni sanitarie si configura come una leva strutturale per il recupero delle liste di attesa, agendo in modo integrato su molteplici fronti: dotazioni, modelli organizzativi, responsabilità, innovazione e territorio.

L’intervento prevede diverse azioni chiave:

1. *Formazione e dotazioni organiche*. Si punta a incrementare e qualificare l’offerta di operatori allineando la formazione ai fabbisogni reali. Questo include:
 - nuove scuole di specializzazione per le professioni non mediche;
 - trasformazione del corso di Medicina Generale (MMG) in una scuola di specializzazione;
 - implementazione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze.
2. *Ridefinizione di ruoli e competenze*. Si mira a liberare tempo specialistico attraverso il task shifting/sharing. Attività standardizzabili (diagnostica di base, follow-up, counselling, procedure routinarie) verranno trasferite a profili professionali appropriati. Gli strumenti includono:
 - istituzione dell’Area delle Professioni Sociosanitarie;
 - percorsi post-laurea per tecnici, infermieri e professioni della riabilitazione;
 - maggiore presidio da parte degli Ordini professionali.
3. *Responsabilità professionale e medicina difensiva*. Viene ribilanciata la responsabilità professionale, ancorandola a linee guida e buone pratiche. L’azione penale sarà limitata ai soli casi di colpa grave:
 - *obiettivo*: ridurre la medicina difensiva e favorire un’adesione omogenea ai PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali).
4. *Innovazione digitale e Intelligenza Artificiale*. Si introduce una strategia nazionale per la trasformazione digitale e l’IA per aumentare la produttività ed eliminare i colli di bottiglia. Si pensi alla creazione della Piattaforma Nazionale Intelligenza Artificiale gestita da Agenas, per contribuire

concretamente a ridurre le disuguaglianze territoriali e sociali nell'accesso alle cure⁵. In un Cyberspazio globale e aperto, la piena sovranità digitale comprende l'autorità complessiva di una nazione sui dati generati dai suoi cittadini, dall'amministrazione pubblica e dalle imprese (Baldoni, 2025). Gli ambiti di applicazione dell'AI nel governo delle liste di attesa includono:

- booking intelligente e riduzione dei no-show;
- algoritmi predittivi per la programmazione delle capacità;
- triage avanzato per la definizione delle priorità;
- supporto alla diagnosi e refertazione (es. radiologia, anatomia patologica);
- controllo automatizzato dei carichi di lavoro e dei fabbisogni.

5. *Potenziamento dell'assistenza territoriale*. In coerenza con il D.M. 77/2022 e gli investimenti del PNRR, si rafforza la rete territoriale per ridurre gli accessi impropri a ospedali e specialistica, attraverso:
 - potenziamento della presa in carico della cronicità;
 - sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
 - miglioramento delle attività di prevenzione e follow-up.
6. *Attrattività e retention del personale*. Si interviene per aumentare l'attrattività e la fidelizzazione del personale attraverso una migliore governance professionale, carriere chiare e una distribuzione equilibrata di autonomie e responsabilità, contenendo così il ricorso a lavoro esterno.

Nel complesso, l'intervento abilita un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) più capace di programmare e garantire equità di accesso.

I risultati attesi sono: maggiore capacità produttiva, migliore allocazione delle competenze, minori inefficienze (dovute anche alla medicina difensiva), processi ottimizzati e una rete territoriale in grado di decongestionare le strutture ospedaliere, il tutto sostenuto da monitoraggi e accountability regionali.

2. Attività intramoenia ed extramoenia: equilibrio tra libertà professionale e diritto di accesso

Come accennato nel secondo capitolo, l'attività libero-professionale intramoenia (ALPI) è un istituto peculiare del SSN italiano, introdotto sostanzialmente con il D.lgs. 502/1992, che consente ai medici dipendenti del servizio

5. www.agenas.gov.it/agenzia-per-la-sanità-digitale/progetti-strategici/intelligenza-artificiale (ultima consultazione: 08/11/25).

pubblico di svolgere, al di fuori dell’orario di lavoro istituzionale, attività privata a pagamento all’interno delle strutture pubbliche⁶. Si tratta di un meccanismo atipico nel panorama internazionale (in nessun altro grande sistema sanitario pubblico europeo esiste un equivalente strutturato dell’intramoenia⁷) e nasceva con finalità ben precise: da un lato, offrire ai medici un’integrazione del reddito per incentivarli a un rapporto di lavoro esclusivo con il SSN (evitando la “fuga” verso il privato puro); dall’altro, consentire ai cittadini che lo desiderassero di scegliere il medico di fiducia pur nell’ambito pubblico, ipotizzando che ciò potesse anche ridurre le liste d’attesa grazie a un’offerta aggiuntiva di prestazioni a pagamento. In parallelo, il sistema prevedeva la possibilità per i medici di optare per la libera professione extramoenia – svolta cioè al di fuori delle strutture pubbliche – ma in tal caso rinunciando al regime di esclusività (con alcune limitazioni di carriera e senza poter utilizzare le strutture pubbliche o convenzionate). Dunque, intramoenia ed extramoenia si pongono come alternative reciproche sin dalle riforme degli anni ’90: il medico che sceglie l’intramoenia accetta di operare solo nel pubblico (salvo l’attività privata internamente consentita), mentre chi sceglie l’extramoenia può esercitare privatamente all’esterno, ma perde i benefici legati all’esclusività nel SSN.

Nei decenni successivi, il legislatore è più volte intervenuto per regolare l’equilibrio tra ALPI e attività istituzionale, al fine di evitare interferenze negative sull’accesso alle cure. Ad esempio, già il D.lgs. 229/1999 (riforma “Bindi”) stabili che l’attività intramuraria di ciascun medico non dovesse superare, in volume, quella svolta nel servizio pubblico, sancendo il principio per cui il tempo e le energie dedicate al privato non dovevano eccedere quelle garantite ai pazienti SSN.

Inoltre, è stato imposto che le prenotazioni delle prestazioni private intramoenia siano gestite tramite il sistema aziendale (CUP), in modo da assicurare trasparenza sui volumi e permettere verifiche sul rispetto dei tempi e dei tetti di attività. Una serie di norme ha anche limitato il numero di posti letto a pagamento nelle strutture pubbliche (in genere fissati entro il 5-10% del totale). Di rilievo è l’intervento del Decreto-legge 158/2012 (art. 2), che ha voluto stringere le maglie: questa legge (Governo Monti, Ministro Balduzzi) ha disposto che una quota pari al 5% dei compensi derivanti dall’intramoenia sia trattenuta dall’azienda sanitaria e vincolata a interventi per la riduzione delle liste d’attesa. Lo stesso provvedimento ha introdotto sanzioni incisive per le aziende che non garantiscono equilibrio tra attività istituzionale e ALPI: ad esempio, la decurtazione di almeno il 20% dell’indennità di risultato dei diret-

6. www.recentiprogressi.it/archivio/4088/articoli/40786/ (ultima consultazione: 08/11/25).

7. www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/la-libera-professione-intramoenia-una-lente-di-ingrandimento-per-rileggere-la-storia-del-ssn/ (ultima consultazione: 08/11/25).

tori generali, fino alla rimozione dall'incarico in caso di gravi inadempienze. Il Decreto Balduzzi ha inoltre “preso atto” che in alcune realtà l’intramoenia veniva ancora esercitata in studi privati esterni (a causa di carenza di spazi interni) e ha formalizzato la cosiddetta intramoenia allargata, imponendo che tali studi privati convenzionati fossero collegati in rete con l’azienda sanitaria e che tutti i pagamenti fossero tracciabili. Infine, va ricordato un principio sancito già dalla Finanziaria 2007 (L. 296/2006) e ribadito nei Piani Nazionali di Governo delle Liste d’Attesa: qualora i tempi di attesa per le prestazioni istituzionali superino i limiti fissati negli standard nazionali, l’attività intramoenia deve essere sospesa fino a rientro nei parametri⁸. In teoria, dunque, la normativa italiana offre strumenti per garantire che la libertà professionale del medico non leda il diritto di accesso equo alle cure: l’intramoenia è consentita solo entro certi limiti e a condizione che non penalizzi il servizio pubblico.

Tabella 2 - Cronistoria dell’intramoenia

Anno	Fonte normativa	Disposizione chiave	Contenuto e principi stabiliti
1978	Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione SSN)	Art. 47, comma 3, numero 4	Viene previsto il diritto per il dirigente medico a tempo pieno di esercitare l’attività libero-professionale, ma solo nell’ambito dei servizi e delle strutture dell’unità sanitaria locale.
1991	Legge 30 dicembre 1991, n. 412	Art. 4, comma 7	Viene sancito il principio di unicità del rapporto di lavoro dei dirigenti medici con il SSN. L’attività libero-professionale è riconosciuta compatibile purché espletata fuori dall’orario di lavoro, ma con esclusione di strutture private convenzionate con il SSN.
1996	Legge 23 dicembre 1996, n. 662	Art. 1, comma 5	Le strutture sanitarie private accreditate vengono equiparate alle strutture sanitarie private convenzionate.
1998	Legge 23 dicembre 1998, n. 448	Art. 72, comma 11	Vengono confermati i principi di esclusività e incompatibilità tra attività libero-professionale extramuraria e intramuraria. Introdotta, in via transitoria, la possibilità di utilizzare spazi sostitutivi fuori dall’azienda (ALPI “allargata”), con l’espressa esclusione delle strutture sanitarie private accreditate.
1999	Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Riforma del SSN)	Introduzione art. 15-quinquies nel D.lgs. 502/1992	Definite le uniche modalità di esercizio compatibili con il rapporto di lavoro esclusivo. L’ALPI deve svolgersi solo all’interno delle strutture aziendali o, previa convenzione, in strutture di altra azienda SSN o altre strutture sanitarie purché non accreditate.

8. www.lastampa.it/cronaca/2024/02/21/news/visite_private_ospedali_asl_agenas-14088729/ (ultima consultazione: 08/11/25).

2007	Legge 3 agosto 2007, n. 120	Art. 1, comma 4	Viene ribadito che l'ALPI deve essere esercitata in strutture ambulatoriali interne o esterne, pubbliche o private non accreditate, con le quali l'azienda stipula apposita convenzione.
2012	Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (convertito)	Modifica Art. 1, comma 4, della L. 120/2007	Viene prevista la possibilità di reperire spazi ambulatoriali anche tramite acquisto o locazione presso strutture sanitarie autorizzate, ma non accreditate, o tramite convenzioni con altri soggetti pubblici.
2023	Legge Regione Liguria 28 dicembre 2023, n. 20	Art. 47, comma 1 e 2	La Regione tenta di prevedere, in via transitoria e fino al 2025, la possibilità per i dirigenti sanitari in rapporto esclusivo di operare per l'ALPI presso strutture sanitarie private accreditate.
2024	Sentenza Corte Costituzionale 153/2024	Art. 47, comma 1 e comma 2 (parzialmente)	La Corte Costituzionale dichiara l'illegittimità costituzionale del comma 1. Dichiara parzialmente illegittimo il comma 2, nella parte in cui consente l'acquisizione di prestazioni ALPI con le modalità di cui al comma 1 (ovvero presso strutture private accreditate). La Corte ribadisce che il divieto di svolgere l'ALPI presso strutture private accreditate è un principio fondamentale della materia “tutela della salute”.

La realtà operativa, tuttavia, presenta criticità e difformità territoriali. Negli ultimi anni, complice anche l'allungamento generalizzato delle liste d'attesa dopo la fase acuta della pandemia, si è osservato che molti cittadini ricorrono all'intramoenia principalmente per aggirare i tempi lunghi del percorso pubblico, più che per una reale esigenza di scegliersi il medico (fanno eccezione alcune discipline come ginecologia o ortopedia protesica, in cui spesso il paziente segue uno specifico professionista). In varie regioni e aziende, di fronte a una prenotazione SSN con attesa di mesi che superano la classe di priorità della ricetta medica, all'utente viene prospettata l'alternativa: o attendere il tempo previsto (talora indefinito), oppure effettuare la prestazione in regime ALPI pagando. È evidente come ciò generi risentimento e percezione di disuguaglianza: all'interno di un servizio sanitario pubblico universale, si crea un percorso parallelo a pagamento per “saltare la fila”. Chi può permetterselo economicamente spesso opta per questa scorciatoia, mentre chi non può permetterselo è costretto ad attendere o addirittura a rinunciare alle cure.

Il monitoraggio condotto dall'AGENAS⁹ evidenzia criticità nella gestione dei volumi di attività: l'analisi dei dati ha rivelato che, in alcune Aziende

9. Relazione del Ministero della Salute del 2023 sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.

sanitarie, il rapporto percentuale delle prestazioni erogate in libera professione (ALPI) su quelle erogate in regime istituzionale supera il 100%. Questo fenomeno di sbilanciamento è particolarmente marcato per specifiche prestazioni: a livello nazionale, la visita ginecologica registra il rapporto percentuale più elevato tra i due regimi (37%), con picchi anomali evidenziati nelle singole strutture anche per l'ecografia ostetrica e ginecologica. Tali dati segnalano una difficoltà nel rispetto del principio normativo (art. 1, c. 222 Legge n. 213/2023) che impone l'equilibrio tra le due tipologie di attività, confermata dal fatto che l'indicatore relativo alla determinazione dei volumi ALPI (A5.2) risulta essere uno dei più critici, con solo il 77,8% delle aziende adempienti a livello nazionale. Le performance inferiori registrate sugli indicatori organizzativi di programmazione (A5.1 e A5.2) suggeriscono che, in diversi contesti, il superamento dei limiti è diretta conseguenza di una mancata o inefficace definizione dei volumi di attività istituzionale.

Tuttavia, è necessario sottolineare un punto fondamentale evidenziato dagli studi: l'intramoenia in sé non è la causa originaria dell'allungamento delle liste d'attesa. I dati dimostrano che i tempi di attesa risultano critici in molti Paesi e contesti anche senza attività intramuraria (basti pensare che lunghi *waiting times* si registrano in gran parte d'Europa, fatta eccezione per poche nazioni, nonostante altrove i medici non abbiano la possibilità di fare attività privata negli ospedali pubblici). Inoltre, in Italia l'ampliarsi delle liste d'attesa negli ultimi anni è avvenuto contestualmente a una riduzione, e non a un aumento, dell'attività intramoenia: dal 2010 al 2021 il numero di medici che praticano ALPI è sceso dal 46,1% al 38,6% dei medici ospedalieri, e gli introiti complessivi da ALPI sono calati da 1,264 miliardi di euro (2010) a circa 1,087 miliardi nel 2021. Anche considerando la ripresa post-pandemia, nel 2022 le prestazioni in intramoenia (circa 4,77 milioni di visite/esami) rappresentavano ancora una quota relativamente contenuta, pari a 84 prestazioni ogni 1000 abitanti, ossia circa il 7-8% del volume di prestazioni ambulatoriali istituzionali erogate dal SSN. Per molte prestazioni diagnostiche strumentali ad alta tecnologia – proprio quelle con attese più lunghe – la componente intramoenia è minima: ad esempio, solo l'1% circa di tutte le TAC e risonanze magnetiche eseguite avviene in regime ALPI, il restante 99% è svolto nel canale pubblico ordinario. Questi numeri smentiscono la tesi che l'intramoenia "rubi" in maniera significativa capacità al servizio pubblico; al contrario, suggeriscono che il vero problema è il disallineamento tra domanda e offerta di prestazioni nel SSN, dovuto a fattori strutturali sia lato domanda sia lato offerta¹⁰.

10. www.recentiprogressi.it/archivio/4088/articoli/40786/; www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117456 (ultima consultazione: 08/11/25).

Sul fronte della domanda, pesa la scarsa filtrazione/appropriatezza a livello di cure primarie: i Medici di Medicina Generale (MMG) in Italia hanno strumenti limitati (diagnosticci e terapeutici) nel proprio ambulatorio rispetto ad altri Paesi europei e tendono a indirizzare rapidamente i pazienti verso visite specialistiche ed esami, con bassa funzione di *gate-keeper*. Ciò genera un volume elevato di richieste verso gli specialisti, spesso senza una adeguata definizione delle priorità cliniche. Sul fronte dell'offerta, incidono anni di sotto-finanziamento e blocco del turnover, che hanno portato a una riduzione del personale medico e infermieristico disponibile nel SSN, nonché carenze organizzative nella gestione delle agende di prenotazione. Ad esempio, secondo Tommasini (2019) spesso non vi è una netta separazione tra *prime visite* (che dovrebbero essere garantite in tempi rapidi, *open access*) e *visite di controllo* (che potrebbero essere programmate a distanza dal medico specialista stesso). Inoltre, l'insufficienza e obsolescenza di alcune dotazioni tecnologiche riduce la capacità erogativa: in Italia, ad esempio, il parco macchine per diagnostica per immagini non è utilizzato appieno, con un numero di esami annui per apparecchiatura nettamente inferiore a quello di altri Paesi (una risonanza magnetica in Italia effettua mediamente la metà dei scan annui rispetto a una in Francia o Spagna). Tali inefficienze strutturali – più che la libera professione in sé – spiegano il protrarsi delle attese. L'intramoenia, quindi, è soprattutto un effetto della crisi di accesso: è la *valvola di sfogo* a cui i cittadini ricorrono per ottenere in tempi accettabili prestazioni che il sistema pubblico fatica a fornire celermente. In quest'ottica, il suo utilizzo non si è nemmeno ampliato oltre un certo limite, poiché è stato “compensato” da un ricorso ancor più massiccio al privato esterno puro da parte di chi può pagare.

Da un punto di vista etico-istituzionale, l'attività intramoenia rappresenta comunque un elemento di contraddizione interna al SSN, perché introduce un fattore di diseguaglianza: la possibilità di accesso privilegiato tramite pagamento. Per questo, periodicamente viene invocata la abolizione dell'ALPI da parte di esponenti politici o di opinione pubblica, ritenendo intollerabile che “chi paga passa avanti” in un sistema universalistico. Tuttavia, come notato dagli esperti, a oggi non esistono proposte concrete né condizioni realistiche per eliminare del tutto l'intramoenia. Nessuna organizzazione sindacale medica supporta l'abolizione che sarebbe accettabile – in linea teorica – solo a fronte di un sensibile aumento delle retribuzioni dei medici pubblici, tale da colmare il differenziale con i colleghi di Paesi analoghi. Si stima¹¹ che servirebbe un aumento di circa 28% del Fondo Sanitario Nazionale per allineare gli stipendi del personale sanitario italiano

11. www.recentiprogressi.it/archivio/4088/articoli/40786/ (ultima consultazione: 08/11/25).

alla media di Francia, Germania, UK, Spagna – uno scenario fuori portata per l’attuale finanza pubblica. In assenza di ciò, abolire l’intramoenia rischierebbe di spingere i migliori professionisti verso il settore privato, aggravando la fuga dal pubblico. Pertanto, secondo alcune analisi, la strada più pragmatiche sarebbe quella di rafforzare la governance di questo istituto: assicurare che ogni azienda sanitaria rispetti rigorosamente il bilanciamento tra attività istituzionale e ALPI; monitorare costantemente i tempi di attesa e sospendere prontamente l’intramoenia nelle branche o strutture dove i tempi eccedano gli standard; utilizzare i proventi del 5% ALPI per investire in personale e tecnologie per il pubblico, e responsabilizzare i professionisti nel prevenire conflitti di interesse (ad esempio evitando che il medico suggerisca al paziente di “andare a pagamento” da se stesso). In parallelo, alcune Regioni hanno previsto programmi di prestazioni aggiuntive: pagare gli specialisti per effettuare sedute extra di visite o interventi in orario serale/festivo per il SSN, così da ridurre le liste d’attesa senza oneri per il cittadino. Si tratta di misure tampone che diverse realtà stanno adottando con l’impiego di fondi straordinari post-pandemia.

In sintesi, l’attività intramoenia richiede un delicato equilibrio tra la libertà professionale del medico (e la capacità del SSN di trattenere talenti offrendo loro opportunità di guadagno extra) e il diritto di accesso equo alle cure per tutti i cittadini. L’intramoenia non va demonizzata come causa unica delle liste d’attesa – le vere cause risiedono altrove, nelle carenze di organico e organizzative¹² – ma nemmeno sottovalutata nei suoi effetti: se non governata, può accentuare le disuguaglianze di accesso e minare la fiducia nel sistema pubblico¹³. Un uso appropriato dell’ALPI, confinato entro limiti rigorosi e accompagnato da investimenti nel potenziamento dell’offerta pubblica, può invece contribuire ad aumentare il volume di prestazioni erogate (soprattutto in orari supplementari) senza intaccare i livelli essenziali di assistenza. In questo quadro, una trasparenza totale sui tempi di attesa e sui volumi di attività libero-professionale per ogni struttura (come previsto dalla legge, pubblicandoli sui siti aziendali) è uno strumento indispensabile per i decisori istituzionali, così da intervenire prontamente dove il “doppio binario” pubblico-privato stia sconfinando oltre i limiti dell’equità.

12. www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=128935 (ultima consultazione: 08/11/25).

13. www.quotidianosanita.it/calabria/articolo.php?articolo_id=133135 (ultima consultazione: 08/11/25).

2.1. L'intramoenia dal punto di vista del cittadino

Se ci mettiamo nei panni di un cittadino che entra in un CUP o chiama un call center per prenotare una visita o un esame, il tema dell'intramoenia non è un problema astratto di organizzazione sanitaria, ma è qualcosa che si tocca con mano, soprattutto quando si confrontano i tempi di attesa. La scena è ormai abituale: per una prestazione in regime SSN viene proposta una data a mesi di distanza; per la stessa prestazione, con lo stesso specialista e nella stessa struttura, ma in regime di libera professione intramuraria, si apre improvvisamente la possibilità di un appuntamento dopo pochi giorni o poche settimane, a fronte di un pagamento. È in questo scarto temporale che si concentra gran parte del disagio percepito.

Per il cittadino che non conosce norme, decreti, DPCM e circolari, l'intramoenia si traduce in un messaggio molto semplice: se paghi, vieni assistito prima; se ti affidi solo al percorso istituzionale, aspetti. A livello formale, che l'ALPI debba svolgersi "in aggiunta" e solo dopo aver assolto agli impegni istituzionali è un elemento importante per i regolatori e per i controlli, ma non modifica la percezione di chi si sente proporre due binari paralleli con tempi radicalmente diversi. Lo stesso corridoio, lo stesso ecografo, lo stesso medico: ciò che cambia è il canale di prenotazione e, soprattutto, il tempo di attesa.

Il legame con le liste d'attesa, da questo punto di vista, non è solo una questione di numeri o di modelli statistici. È un problema di percezione di giustizia e di equità. Quando a una persona viene detto che la colonoscopia "in SSN" è disponibile tra sei mesi, mentre "in libera professione" si può fare nello stesso ospedale dopo dieci giorni, è difficile convincerla che le due attività non siano in qualche modo connesse. Il cittadino non distingue tra ore istituzionali, tetti di ALPI, piani aziendali di contenimento o algoritmi di monitoraggio: vede semplicemente che, per accedere in tempi compatibili con la propria preoccupazione o con il sospetto diagnostico, deve mettere mano al portafoglio.

Questo produce almeno tre effetti immediati. Il primo è un senso di ingiustizia sociale: chi dispone di risorse economiche sufficienti può "comprare il tempo", chi non le ha è costretto ad attendere, con il rischio di arrivare tardi a una diagnosi oppure di rinunciare del tutto alla prestazione. Il secondo è una crisi di fiducia nei confronti del Servizio Sanitario, che dovrebbe garantire parità di accesso in base al bisogno clinico e alla priorità, non alla capacità di spesa. Il terzo è la percezione di una privatizzazione strisciante dei tempi di cura: l'accesso gratuito rimane, ma si colloca su un binario più lento, mentre il binario veloce è riservato a chi può permettersi il pagamento.

La normativa ha cercato di prevenire e contenere queste distorsioni, sta-

bilendo che l'intramoenia debba essere una libera scelta del cittadino e non la risposta obbligata a disfunzioni organizzative. Sulla carta, l'ALPI è presentata come una forma di "opzione aggiuntiva": la possibilità di scegliere il professionista, di fissare un orario più flessibile, di avere un setting più personalizzato, fermo restando che i tempi dell'attività istituzionale dovrebbero essere comunque adeguati e rispettosi degli standard di garanzia (LEA, PNGLA, ecc.). Nella pratica quotidiana, però, questa distinzione tende a svanire. Quando i tempi dell'istituzionale si dilatano oltre ogni soglia ragionevole, l'intramoenia smette di essere una "opzione" e diventa, per molti, l'unico modo per ottenere la prestazione entro un tempo accettabile.

Il cittadino percepisce anche un altro elemento critico: la convivenza, spesso non spiegata e poco comunicata, tra agende istituzionali e agende intramoenia. La trasparenza dovrebbe consentire di capire quante ore lo specialista dedica alle prestazioni in SSN e quante alla libera professione, come vengono programmati i turni, con quali limiti e con quali controlli. In realtà, ciò che arriva all'utente è quasi sempre un'informazione minimale: "per l'intramoenia c'è posto prima, ma è a pagamento". Mancano spesso comunicazioni chiare sul perché i tempi si discostano così tanto, su quali strumenti esistano per segnalare anomalie, su come i ricavi della libera professione vengano reinvestiti per ridurre le liste d'attesa, come pure previsto da alcune norme.

La situazione si fa ancora più delicata quando in gioco ci sono priorità cliniche. Un paziente con una richiesta classificata come urgente o breve, che si sente proporre in SSN una data a distanza di mesi, mentre in intramoenia può accedere quasi subito, percepisce un paradosso difficile da accettare. La priorità sembra essere dettata non più dall'urgenza sanitaria, ma dalla disponibilità economica. In questo modo si incrina il principio secondo cui, in un servizio sanitario pubblico, dovrebbero essere gli algoritmi clinici di priorità (le RAO, i criteri di appropriatezza, la gravità del quadro) a scandire i tempi della presa in carico, e non la possibilità di pagare una prestazione.

Non si può ignorare, poi, il versante emotivo. Chi è preoccupato per un sintomo – un dolore sospetto, un nodulo, un sanguinamento – e si sente proporre un'attesa lunga su un canale e breve sull'altro, vive un conflitto interiore: da un lato la paura di "perdere tempo" sulla via della diagnosi, dall'altro la fatica di dover scegliere se sostenere una spesa magari imprevista e gravosa. Molte famiglie finiscono per indebitarsi, rinviare altri impegni o sacrificare spese essenziali pur di accedere al binario veloce. Altri, al contrario, non ce la fanno e rinunciano alla cura o deviano verso il pronto soccorso nel tentativo di forzare i tempi, con tutte le conseguenze di sovraffollamento e inappropriatezza che conosciamo.

Dal punto di vista del sistema, l'intramoenia viene giustificata anche

come strumento per trattenere i professionisti nel pubblico, valorizzandone la professionalità e riducendo la fuga verso il privato puro. Questo obiettivo non è irrilevante: un SSN che non riesce più ad attrarre e trattenere i suoi medici rischia di svuotarsi dall'interno. Tuttavia, se l'equilibrio tra attività istituzionale e ALPI non è realmente governato, si produce un effetto collaterale: il cittadino percepisce che una parte delle energie professionali viene assorbita da un canale che di fatto è accessibile solo a chi paga, mentre i tempi del canale pubblico rimangono insoddisfacenti. Anche laddove, a livello di orario contrattuale, l'impegno per il SSN sia pienamente rispettato, la percezione che passa è quella di un servizio pubblico “a due velocità”.

Accanto all'intramoenia, esiste poi il tema della libera professione extramoenia, che si pone in modo ancora diverso ma altrettanto rilevante per il cittadino. In questo caso parliamo dei medici che scelgono di rinunciare al rapporto esclusivo con il SSN – e quindi all'indennità di esclusività – per lavorare in regime non esclusivo, mantenendo il proprio ruolo di dipendenti pubblici e svolgendo contestualmente attività libero-professionale con partita IVA presso studi privati o strutture non collegate all'azienda. Formalmente si tratta di una scelta legittima, regolata dai contratti e dalla normativa in materia di incompatibilità. Ma dal punto di vista di chi si rivolge ai servizi sanitari, questo assetto rappresenta delle criticità aprendo scenari di possibili conflitti di interessi.

Il cittadino che viene visitato in ambulatorio ospedaliero e si sente dire, esplicitamente o tra le righe, che “se vuole, possiamo vederci anche in studio privato, lì facciamo prima” o viceversa “se vuole possiamo vederci in ambulatorio, ma nel mio studio facciamo subito” si trova dentro una dinamica che fatica a decifrare. Non ha strumenti per capire se gli viene prospettata una reale alternativa o se, in qualche misura, l'organizzazione dell'agenda pubblica è condizionata dalla necessità di lasciare spazio all'attività privata. L'estranchezza dell'extramoenia ai controlli e ai flussi informativi del SSN (prenotazioni, pagamenti, tracciabilità) rende tutto meno trasparente: i tempi, le tariffe, i volumi di attività non transitano attraverso i sistemi aziendali, il che rende di fatto impossibile per il cittadino – e spesso anche per l'ente – valutare se esista un equilibrio corretto tra impegno pubblico e attività privata.

Il rischio non è quello di mettere sotto accusa i singoli professionisti, la cui condotta personale è sicuramente improntata a correttezza e dedizione al lavoro. Il problema è strutturale dal punto di vista del cittadino: quando un medico è contemporaneamente dipendente del SSN e libero professionista in studio privato, diventa molto più sottile la linea che separa il legittimo diritto di esercitare la professione in autonomia dal rischio di indirizzare, anche solo in modo implicito, parte della domanda dal canale pubblico a quello privato. Il sospetto, per l'utenza, è che la lentezza del percorso istituziona-

le e la disponibilità immediata nel privato non siano due fenomeni del tutto indipendenti.

Se confrontiamo intramoenia ed extramoenia dalla prospettiva dell’utente, emerge un paradosso ulteriore. Nel primo caso almeno l’attività si svolge “dentro” il perimetro pubblico: le prestazioni sono prenotate tramite canali ufficiali, i pagamenti transitano dall’Azienda, esiste un minimo di tracciabilità e una quota di ricavi viene destinata – almeno in teoria – al miglioramento dei servizi e alla riduzione delle liste d’attesa. Nel secondo caso, l’attività libero-professionale si colloca invece completamente fuori dai radar del sistema, se non per quanto attiene agli obblighi fiscali e deontologici del singolo professionista: il cittadino paga direttamente il medico, i dati non si integrano con il Fascicolo Sanitario Elettronico, i flussi non contribuiscono in alcun modo alla programmazione né al rafforzamento dell’offerta pubblica.

In entrambe le situazioni, ciò che resta al centro è la questione del tempo. Il cittadino non mette a confronto solo i costi, ma soprattutto i giorni e i mesi che lo separano dalla prestazione. È su questo terreno che si gioca la credibilità del Servizio Sanitario. Finché permarrà un divario così marcato tra il tempo di attesa per la prestazione in SSN e quello per la stessa prestazione erogata in intramoenia o in extramoenia, sarà difficile sostenere, agli occhi delle persone, che non esista una correlazione tra libera professione e drammatica realtà delle liste d’attesa.

Nel CCNL 2022-2024 le parti concordano sulla opportunità di aggiornare la disciplina relativa alla libera professione, anche attraverso una maggiore semplificazione normativa e affrontare la disciplina delle prestazioni rese in giornata infrasettimanale (Dichiarazione congiunta n. 3).

3. Rapporto pubblico-privato: integrazione, competizione e sostenibilità del sistema sanitario

Il Servizio Sanitario Italiano è finanziato principalmente dalla fiscalità generale e si basa sul principio dell’universalità di accesso, ma l’erogazione delle prestazioni avviene attraverso un mix di soggetti pubblici e privati. Fin dalla riforma del 1992, infatti, è stato introdotto il sistema dell’accreditamento: strutture sanitarie private (ospedali, cliniche, centri diagnostici) possono essere accreditate dalle Regioni e quindi erogare prestazioni nell’ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con oneri a carico del SSN. In pratica, al cittadino è garantita la prestazione “pubblica” anche se erogata da un erogatore privato accreditato, senza differenze di costo (salvo ticket) e sotto la regolazione pubblica. Questo modello ha creato un rapporto strettamente integrato tra settore pubblico e settore privato *convenzionato*: oggi quasi la

metà delle strutture sanitarie attive in Italia appartiene a soggetti privati accreditati (circa 48,2% delle strutture sanitarie nel 2017)¹⁴, con punte particolarmente elevate in alcune grandi regioni come Lombardia, Lazio, Campania e Sicilia. In termini di capacità ospedaliera, su circa 190.000 posti letto per ricovero ordinario disponibili nel SSN nel 2019, circa 21,4% erano in strutture private accreditate. Ciò significa che oltre un quinto dei ricoveri avviene in ospedali classificati come privati, ma al servizio dei pazienti pubblici. Questo livello di coinvolgimento del privato nel servizio pubblico colloca l'Italia in una posizione intermedia nel panorama europeo: Paesi come la Germania o la Francia hanno da sempre una forte presenza di ospedali non pubblici (per lo più non profit o appartenenti a enti religiosi) integrati nel sistema assicurativo nazionale, mentre sistemi di tipo Beveridge come il Regno Unito o i Paesi scandinavi storicamente avevano una prevalenza quasi totale di strutture pubbliche (anche se in UK negli ultimi anni si è fatto maggiore ricorso a fornitori privati per ridurre le attese in alcune specialità). Nel contesto italiano, la scelta compiuta negli anni '90 è stata di favorire una collaborazione pubblico-privato sotto regia pubblica, sia per ampliare l'offerta disponibile sia per introdurre elementi di efficienza attraverso la competizione regolata.

In effetti, il grado di integrazione o competizione tra pubblico e privato varia da Regione a Regione, coerentemente con l'autonomia organizzativa regionale in sanità. Alcune Regioni (es. Toscana, Emilia-Romagna, Veneto) hanno tradizionalmente privilegiato modelli integrati, in cui le Aziende Sanitarie locali acquistano prestazioni in modo pianificato sia dai propri ospedali sia da un numero limitato di privati accreditati, mantenendo un forte coordinamento della rete di offerta. Altre Regioni, in particolare la Lombardia, hanno invece adottato fin dalla fine degli anni '90 un modello più competitivo (quasi-mercato): la riforma regionale del 1997 in Lombardia ha introdotto una netta separazione tra enti acquirenti (le ATS) ed enti erogatori, rafforzando la libertà di scelta del paziente e la concorrenza tra strutture pubbliche e private accreditate per attrarre utenti¹⁵. In Lombardia oggi coesistono grandi ospedali pubblici e importanti gruppi ospedalieri privati accreditati che competono sugli stessi "mercati" di ricovero e specialistica; il finanziamento segue il paziente tramite tariffe (DRG per i ricoveri, prestazioni ambulatoriali a tariffario) e teoricamente le strutture più efficienti e gradite ai cittadini attraggono più risorse. Questo modello ha portato a una ampia offerta e attrattiva.

14. healthsystemsfacts.org/italy/italy-health-system-physical-resources-and-utilization (ultima consultazione: 08/11/25).

15. eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/section-detail/italy-2023/financing/overview-of-the-statutory-financing-system/ (ultima consultazione: 08/11/25).

tività (Lombardia vanta un alto afflusso di pazienti da fuori regione, sia negli ospedali pubblici sia in quelli privati, indice di qualità percepita)¹⁶, ma è stato anche oggetto di attenzione da parte del Ministero della Salute e di Agenas per i rischi connessi: ad esempio, un'eccessiva frammentazione della governance e la necessità di riequilibrare il ruolo della sanità territoriale rispetto a una rete ospedaliera “ipertrofica”. Veneto, per contrasto, mantiene un assetto più integrato dove la concorrenza è moderata e la Regione governa in modo accentratamente diverse funzioni (es. un'azienda zero per acquisti e politiche del personale). Questi due esempi mostrano le diverse filosofie: integrazione significa collaborazione e pianificazione tra pubblico e privato per coprire il fabbisogno assistenziale, competizione significa stimolare ciascun erogatore a migliorare servizi ed efficienza sapendo che il cittadino può scegliere liberamente altrove.

Entrambi gli approcci presentano pro e contro in termini di liste d'attesa e sostenibilità. Dal lato positivo, coinvolgere il privato può aumentare la capacità complessiva del sistema di erogare prestazioni: ad esempio, molte Regioni di fronte a lunghe attese attivano programmi di acquisto di prestazioni aggiuntive dal privato accreditato (o convenzioni con strutture private) per smaltire backlog chirurgici o diagnostici. Questa integrazione può ridurre i tempi per i pazienti senza costringerli a pagare di tasca propria, utilizzando risorse pubbliche extra-budget. Tuttavia, vi è il rischio di dipendenza strutturale: se il settore pubblico non viene potenziato e ci si affida cronicamente al privato per soddisfare la domanda, si può innescare un circolo per cui il privato prospera sulle carenze del pubblico, con costi crescenti per il SSN o per i cittadini. Inoltre, in un regime concorrenziale, i provider privati tendono a focalizzarsi sulle prestazioni più remunerative o a basso rischio, lasciando al pubblico i casi più complessi e meno “redditizi” (come pazienti pluripatologici, emergenze, aree disagiate): questo fenomeno di *cherry picking* può mettere in crisi la sostenibilità finanziaria e operativa degli ospedali pubblici, che si ritrovano con oneri più alti e budget erosi. È quindi fondamentale che la programmazione regionale regoli l'integrazione/competizione con meccanismi equi – ad esempio definendo tetti di attività per i privati, obblighi di servizio (il pubblico garantisce pronto soccorso, emergenze, formazione specialistica, ecc., mentre il privato partecipa per elezione e diagnostica). Anche la competizione per il personale è un aspetto cruciale: se il settore privato offre condizioni economiche migliori o contratti più flessibili, molti medici e infermieri potrebbero lasciare il pubblico, aggravando la carenza di organico

16. eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/section-detail/italy-2023/financing/overview-of-the-statutory-financing-system/ (ultima consultazione: 08/11/25).

nel SSN. Già oggi assistiamo a segnali preoccupanti: personale demotivato che abbandona la sanità pubblica per trasferirsi al privato o all'estero, soprattutto nelle regioni dove le differenze salariali o di carico di lavoro sono marcate¹⁷. Ciò evidenzia come la tenuta del sistema sanitario pubblico sia strettamente legata alla capacità di rendere il SSN attrattivo per i professionisti, altrimenti la “competizione” si traduce in impoverimento del settore pubblico.

Un altro angolo di analisi è la sostenibilità finanziaria e l'impatto sul cittadino. Gli anni recenti hanno visto un crescente spostamento di spesa sanitaria dal pubblico al privato: nel 2024¹⁸ la spesa sanitaria totale stimata è di circa 185 miliardi di euro, di cui solo il 74,3% pubblica e ben 25,7% privata (22,3% direttamente out-of-pocket dalle famiglie, e il restante circa 3,4% tramite fondi integrativi o assicurazioni). In valore assoluto, ciò significa che i cittadini pagano di tasca propria oltre 41 miliardi di euro l'anno per prestazioni sanitarie – cifra in costante aumento. L'Italia è ai vertici in Europa per quota di spesa sanitaria a carico diretto delle famiglie. L'alta spesa privata è indice sia di insufficienza del finanziamento pubblico (che non copre tutti i bisogni in tempi adeguati) sia di una crescente dualità del sistema: chi può permetterselo ricorre al privato per evitare attese, chi non può rischia di rimanere indietro. Si è già citato che circa l'11% degli italiani rinuncia a cure necessarie per motivi economici o di difficoltà di accesso, un dato allarmante in un Paese con SSN teoricamente universalistico. Inoltre, vi sono differenze regionali: le regioni più ricche del Centro-Nord registrano una spesa privata pro-capite per intramoenia e prestazioni sanitarie ben più alta (fino al triplo) rispetto alle regioni meridionali, il che evidenzia un rischio di frattura geografica nell'accesso. La sostenibilità del sistema sanitario italiano si gioca quindi anche sull'equilibrio pubblico-privato: se il definanziamento pubblico prosegue (come mostrano le proiezioni sul rapporto FSN/PIL, in calo verso il 6% e fino al 5,7% nei prossimi anni) e contemporaneamente aumentano i costi a carico dei cittadini, si rischia di trasformare il diritto alla salute in un “privilegio per pochi”. Fondazione GIMBE¹⁹ ha denunciato che il cronizzarsi di questa tendenza porta ad aumento delle disuguaglianze, famiglie schiacciate da spese sanitarie insostenibili e personale demotivato – in sintesi, una “lenta agonia” del SSN. Per contro, una maggiore integrazione virtuosa pubblico-privato potrebbe alleviare parte dei problemi: ad esempio,

17. www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132468 (ultima consultazione: 08/11/25).

18. www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/8_Rapporto_GIMBE_SSN.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

19. www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/8_Rapporto_GIMBE_SSN.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

coinvolgere i privati accreditati in programmi aggiuntivi finanziati (come sta avvenendo con i fondi PNRR e i decreti recenti per il recupero delle liste d'attesa chirurgiche) può ridurre le code nel breve termine, a patto che ciò avvenga con trasparenza e senza drenare risorse strutturali al pubblico.

Su questo sfondo macro, una domanda ricorrente è se il mix tra canale pubblico e spesa privata consenta, di fatto, a chi può pagare di “saltare la fila” nei percorsi più critici. Un’analisi empirica recente, condotta da Russo, Bergamaschi e Longo (2025) su oltre 41.000 ricoveri oncologici programmati nell’ATS di Milano nel biennio 2022-2023, mostra un quadro più sfumato: la maggioranza delle prestazioni diagnostiche preoperatorie resta erogata in SSN, mentre una quota minoritaria passa per la libera professione intramuraria/solvenza o per canali esclusivamente privati. I risultati indicano che i pazienti che collocano tutte le prestazioni preoperatorie nel canale privato ottengono effettivamente tempi di attesa più brevi rispetto a chi resta interamente nel SSN, ma chi “surfa” tra pubblico e privato, alternando le due modalità, non ricava vantaggi temporali significativi rispetto al percorso esclusivamente pubblico. Nel complesso, lo studio suggerisce che, almeno per i ricoveri oncologici programmati considerati, il sistema mantiene un profilo di equità tendenzialmente accettabile, pur richiedendo regolazioni stringenti per evitare che l’area della solvenza e del privato puro incrinì l’accesso equo ai passaggi preoperatori cruciali.

Da un punto di vista istituzionale, occorre perseguire un modello di cooperazione sostenibile: il privato accreditato deve essere visto come parte integrante del “sistema pubblico allargato”, con obblighi di reporting e standard di qualità analoghi al pubblico, e con una contrattualizzazione che eviti incentivi distorti (ad esempio, sistemi di pagamento che premiano il volume senza considerare l’appropriatezza possono indurre un’offerta in eccesso di prestazioni a basso valore). Le Regioni giocano un ruolo chiave nel regolare questo rapporto di integrazione/competizione. Strumenti come il Piano Nazionale Liste d’Attesa invitano le Regioni a sfruttare tutti i canali disponibili per garantire i tempi massimi: ciò include sia l’utilizzo di ore aggiuntive dei medici pubblici, sia il ricorso ad accordi con strutture private accreditate per erogare prestazioni in caso di insufficienza dell’offerta pubblica. L’importante è che tali soluzioni non divengano permanenti al punto da assorbire quote crescenti di spesa senza risolvere le cause a monte. In parallelo, sarebbe auspicabile incentivare forme di assicurazione sanitaria integrativa o fondi sanitari contrattuali che siano realmente integrativi e non meramente duplicativi: ad esempio, coperture che finanzino prestazioni extra-LEA o upgrade alberghieri, lasciando al pubblico il grosso della diagnosi e cura ordinaria. Attualmente, secondo il rapporto GIMBE, solo il 3-4% della spesa sanitaria è mediata da fondi/assicurazioni, segno di uno spazio ancora limitato di questo settore in Italia ri-

spetto ad altri Paesi. Un maggior ruolo di fondi potrebbe aiutare a canalizzare parte della spesa privata out-of-pocket in forme più organizzate e controllate, alleggerendo magari il peso immediato sulle famiglie.

In conclusione, il rapporto pubblico-privato nel nostro SSN è un equilibrio dinamico tra integrazione (uso sinergico delle risorse di entrambi per ampliare l'assistenza) e competizione (stimolo reciproco a migliorare efficienza e qualità). La sostenibilità futura del sistema richiede di trovare il giusto bilanciamento: integrare i privati *dove necessario* per coprire bisogni e ridurre le attese, ma nel contempo rafforzare il pilastro pubblico per garantire equità e controllo dei costi. Un SSN sostenibile deve rimanere universalistico: ciò implica adeguato finanziamento pubblico, investimenti in personale e tecnologie, e un ruolo complementare (non sostitutivo) del settore privato. Solo così si potrà evitare che le liste d'attesa diventino la porta d'ingresso verso una sanità parallela per chi può pagarla, e garantire invece tempi di cura adeguati a tutti i cittadini, a prescindere dal reddito o dal territorio di residenza. Le scelte di policy nei prossimi anni – rifinanziamento del Fondo Sanitario, riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, regolazione stringente dell'intramoenia e degli accreditamenti – determineranno se il nostro sistema sanitario resterà fedele ai suoi principi originari o se imboccherà una deriva di crescente privatizzazione di fatto. I decisori istituzionali e gli stakeholder sanitari sono chiamati a intervenire con visione strategica su questi fronti, perché ridurre le liste d'attesa non è solo una questione di efficienza gestionale, ma di tenuta sociale e di fiducia nel patto fondamentale tra Stato e cittadini in materia di diritto alla salute.

4. I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono molto più di semplici linee guida cliniche: rappresentano un disegno operativo standardizzato e multidisciplinare dell'intero percorso di cura che un paziente deve seguire per una determinata patologia²⁰. In pratica, un PDTA mappa “chi fa cosa, dove e quando” per uno specifico problema di salute, assicurando che ogni intervento avvenga in modo tempestivo, efficace ed equo. I suoi obiettivi primari sono due:

- garantire qualità e appropriatezza delle cure, riducendo la variabilità clinica tra professionisti;

20. openssn.marcopingitore.it/pdta-e-liste-dattesa/2025/09/26/8181/ (ultima consultazione: 08/11/25).

- assicurare la continuità assistenziale coordinando l'intervento dei diversi specialisti e servizi (ospedale, ambulatorio, territorio) coinvolti nel percorso.

In sintesi, un PDTA integra tutte le fasi di diagnosi, trattamento e follow-up del paziente, fornendo un “filo rosso” che lega le diverse prestazioni sanitarie in un iter coerente.

4.1. Perché i PDTA alleggeriscono le liste di attesa

I PDTA sono stati individuati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2025-2027 come una delle principali strategie per superare le criticità di accesso al Servizio Sanitario Nazionale. Questo perché un PDTA, se effettivamente implementato, aiuta a ridurre il peso sulle liste d'attesa ordinarie in diversi modi. Innanzitutto, promuove la presa in carico globale del paziente, soprattutto nel caso di patologie croniche o complesse, organizzando tutte le prestazioni necessarie in un percorso dedicato. Ciò significa che controlli successivi, esami di monitoraggio e visite di follow-up vengono programmati direttamente dallo specialista durante il percorso, senza costringere il paziente a tornare dal Medico di Medicina Generale per nuove prescrizioni e senza dover prenotare ogni volta tramite i canali generali. In questo modo, i pazienti inseriti in PDTA non vanno ad affollare le agende “generali” per ogni visita di controllo, perché seguono un circuito riservato e programmato.

Un elemento chiave è l'istituzione di agende dedicate all'interno delle strutture sanitarie: il PNGLA impone di definire slot orari riservati esclusivamente alle prestazioni incluse nei PDTA (o in modelli affini come i Day Service Ambulatoriali). Questa separazione alleggerisce enormemente le liste d'attesa ordinarie – spesso intasate proprio da visite di controllo e prestazioni ripetute – perché tali prestazioni vengono dirottate sulle agende dedicate. In parallelo, il paziente cronico ottiene un percorso più rapido e mirato, senza dover competere per un posto nelle liste insieme ai pazienti al primo accesso. In altre parole, il PDTA crea un canale preferenziale per chi ha bisogno di continuità assistenziale, liberando posti nelle liste generali per i nuovi pazienti o per chi ha urgenze non differibili.

Va sottolineato che i PDTA contribuiscono anche a governare la domanda di prestazioni in maniera appropriata. Seguendo protocolli condivisi e linee guida, infatti, tendono a evitare esami inutili o ridondanti: si limita il “prescrivere per abitudine o per difesa”, fenomeno che genera un sovraccarico inutile delle agende. Standardizzando i percorsi diagnostici-terapeutici secondo le migliori evidenze, il PDTA riduce le richieste inappropriati e fo-

calizza le risorse sulle prestazioni davvero necessarie. Questo implica che meno pazienti finiranno in lista d'attesa per esami non strettamente necessari, contribuendo a ridurre quelle attese che potremmo definire “inutili”.

In sintesi, un PDTA ben attuato incide sia sul lato della domanda (filtrando e appropriando le richieste) sia sul lato dell'offerta (organizzando percorsi e agende ad hoc). Il risultato atteso è una riduzione strutturale dei tempi di attesa: i pazienti all'interno di un PDTA ricevono la prestazione nei tempi previsti dal percorso, mentre le liste generali risultano meno congestionate e più capaci di assorbire le richieste prioritarie. L'attesa stessa cambia di natura: il paziente non è più semplicemente in coda per un esame isolato, ma è inserito in un percorso di cura predefinito che, per sua definizione, prevede tempistiche controllate e minime. In tal modo, *la classica “attesa burocratica” viene trasformata in una fase attiva di presa in carico del paziente*, durante la quale il sistema sanitario sta già lavorando per lui.

4.2. I benefici per i malati cronici

I malati affetti da patologie croniche sono tra coloro che traggono maggior beneficio dall'esistenza di PDTA dedicati. In passato, un paziente cronico doveva spesso ripetere continuamente lo stesso iter: visita dal medico di base, ricetta per visita specialistica di controllo, prenotazione tramite CUP, attesa in lista, visita, e da capo. Con i PDTA questo paradigma cambia radicalmente. La persona con malattia cronica viene presa in carico in modo globale: ciò significa che esiste un team o un coordinamento multidisciplinare responsabile del suo percorso, che pianifica in anticipo tutti i passaggi necessari (visite periodiche, esami di routine, interventi educativi, ecc.) senza frammentare la responsabilità tra molteplici attori.

Uno dei vantaggi immediati è la riduzione dei tempi morti tra un controllo e l'altro. Se il cardiologo o il diabetologo, durante la visita, può fissare direttamente la successiva visita di follow-up o prescrivere gli esami di monitoraggio necessari entro il PDTA, il paziente evita di tornare in coda al sistema di prenotazione generale. Questo garantisce maggiore tempestività nel monitoraggio della patologia e nel trattamento, poiché il calendario delle prestazioni è costruito su misura. Ad esempio, un paziente diabetico in PDTA avrà già predefiniti i controlli trimestrali o semestrali e gli esami del sangue correlati, assicurandosi di effettuarli nei tempi raccomandati.

Inoltre, il PDTA offre al paziente cronico un percorso più mirato e sicuro. Sapere di essere inseriti in un programma dedicato aumenta la fiducia: il paziente non è più lasciato solo a navigare nel sistema, ma ha riferimenti chiari (come un centro specialistico o un case manager) a cui rivolgersi per proble-

mi o dubbi durante il cammino di cura. Questo modello integrato migliora anche la qualità dell’assistenza: grazie all’approccio multidisciplinare, si affrontano tutti gli aspetti della malattia (clinici, riabilitativi, educazionali) in modo coordinato, evitando duplicazioni o lacune nell’assistenza.

Un ulteriore beneficio consiste nella diminuzione di eventi acuti e accessi impropri alle strutture di emergenza. Quando il paziente cronico è seguito regolarmente secondo PDTA, diminuisce la probabilità che la malattia sfugga al controllo fino a necessitare di un ricovero urgente. Ad esempio, un paziente con scompenso cardiaco ben seguito nel suo percorso avrà meno riacutizzazioni tali da richiedere il Pronto Soccorso. Come evidenziato anche dalle riforme organizzative recenti (D.M. 77/2022), l’integrazione ospedale-territorio tramite PDTA fa sì che l’assistenza sia erogata nel setting più appropriato, prevenendo accessi impropri in ospedale e ricoveri evitabili. Questo non solo è un beneficio per il paziente (che evita disagi e rischi di ospedalizzazioni non necessarie), ma libera risorse del sistema per i casi più complessi, contribuendo indirettamente ancora una volta a ridurre le attese per le prestazioni critiche.

In definitiva, per il malato cronico il PDTA significa certezza e continuità: certezza che i suoi bisogni sanitari saranno soddisfatti con cadenza regolare e nei tempi giusti, continuità nel rapporto con il team curante e nel flusso di informazioni tra diversi specialisti. Tutto questo si traduce in una migliore qualità di vita e in esiti di salute potenzialmente migliori, poiché una patologia cronica gestita in modo proattivo tende a evolvere più lentamente e con meno complicanze rispetto a una gestita in modo frammentario.

4.3. Come chiedere l’inserimento in un percorso dedicato

L’adesione a un PDTA dedicato normalmente avviene su indicazione clinica: in genere è il medico (il Medico di Medicina Generale o lo specialista) a identificare i pazienti che rientrano nei criteri di un certo PDTA e a inserirli formalmente nel percorso. Ad esempio, quando a un paziente viene diagnosticata una malattia cronica importante (come diabete, scompenso cardiaco, BPCO, artrite reumatoide, ecc.), lo specialista ospedaliero o del centro territoriale di riferimento può attivare il relativo PDTA, prendendo in carico il paziente. In questi casi, spesso viene compilata una scheda o un piano di cura personalizzato che dà avvio al percorso: da quel momento, il paziente sarà seguito secondo il protocollo previsto.

Questo processo può variare leggermente da regione a regione o da ASL a ASL, poiché l’organizzazione dei PDTA è decisa a livello locale. Alcune Regioni hanno istituito Punti Unici di Accesso (PUA) o Case della Comuni-

tà dove i cittadini possono recarsi per avere informazioni e orientamento sui servizi sanitari territoriali. In tali sedi, figure infermieristiche o amministrative possono aiutare ad “attivare percorsi di cura appropriati tramite l’inserimento nei PDTA relativi alle patologie croniche di cui sono affetti”²¹ i pazienti che ne hanno bisogno. Ciò significa che un cittadino con una patologia cronica può rivolgersi a questi sportelli territoriali (o al proprio medico di base) per informarsi sull’esistenza di un PDTA dedicato alla sua condizione e sulle modalità di accesso. Ad esempio, un paziente con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) potrebbe chiedere al medico di base se nella propria ASL esiste un PDTA per la BPCO; se sì, il medico può avviare l’iter di presa in carico presso il centro pneumologico di riferimento.

In pratica, quindi, il primo passo per essere inseriti in un PDTA è parlarne con il proprio medico curante o specialista. È importante che il paziente manifesti il proprio interesse a essere seguito in un percorso dedicato (quando disponibile), soprattutto se sente di avere bisogni assistenziali complessi che richiedono un coordinamento tra più servizi. Il medico valuterà l’idoneità in base ai criteri del PDTA (che spesso includono la diagnosi confermata della patologia target e magari determinati parametri di gravità) e, se appropriato, attiverà la procedura di arruolamento nel percorso. Talvolta l’inclusione è automatica: ad esempio, nel caso di diagnosi di tumore, molte Reti Oncologiche Regionali attivano subito il PDTA oncologico pertinente, assegnando al paziente un case manager. In altri casi può essere necessario presentare documentazione o effettuare una visita di valutazione iniziale presso l’ambulatorio dedicato.

È utile ricordare che l’adesione a un PDTA è volontaria e richiede la collaborazione attiva del paziente. Una volta inseriti, è importante rispettare il calendario di visite ed esami programmati e comunicare con il team sanitario per ogni questione. In cambio, il paziente ottiene un canale preferenziale e strutturato, dove le attese sono ridotte al minimo indispensabile per garantire la qualità (ad esempio, attendere il tempo clinicamente opportuno per un follow-up) ma senza i ritardi ingiustificati tipici delle liste ordinarie.

5. Appropriatezza e reale bisogno clinico

Nel contesto delle liste d’attesa, il termine appropriatezza si riferisce alla corretta corrispondenza tra la prestazione sanitaria erogata e il reale bisogno clinico del paziente. Una prestazione è appropriata quando è necessaria, uti-

21. www.aslroma2.it/attachments/article/101/guida_facile_distretto_7.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

le e giustificata rispetto al quadro clinico: ad esempio, un esame diagnostico andrebbe prescritto solo se i potenziali benefici (in termini di informazioni utili a diagnosi o terapia) superano rischi e costi, e se quel dato esame è il più adatto a rispondere al quesito clinico posto²². Al contrario, procedure o visite che *non* aggiungono valore al sospetto diagnostico, non modificano la gestione clinica del paziente o sono ripetute oltre il necessario, sono considerate inappropriate.

Garantire l'appropriatezza significa quindi evitare esami inutili o prematuri e al tempo stesso non ritardare quelli realmente necessari. Questo concetto è strettamente legato alla valutazione del bisogno clinico reale: invece di assecondare ogni richiesta o timore in modo acritico, il medico deve giudicare quali prestazioni servono davvero in base ai sintomi, ai fattori di rischio, al sospetto diagnostico e alle linee guida. In altre parole, il criterio clinico deve guidare la decisione di inserire una persona in lista d'attesa per una certa prestazione, con quale priorità e con che tempistica.

5.1. I RAO (*Raggruppamenti di Attesa Omogenei*) e la loro funzione

Per rendere operativo il principio di appropriatezza nell'accesso alle prestazioni, il Servizio Sanitario adotta sistemi di prioritizzazione delle richieste. Uno di questi, introdotto a livello nazionale negli ultimi Piani per il governo delle liste di attese, è il metodo dei RAO – Raggruppamenti di Attesa Omogenei. I RAO²³ sono definiti come “categorie di contenuto clinico per l'accesso alle prestazioni specialistiche (diagnostiche o terapeutiche), omogenee per l'attesa che può essere assegnata al caso clinico senza comprometterne la prognosi” (PNGLA 2025-2027). In termini più semplici, si tratta di classificare le richieste di prestazione in gruppi basati sulla gravità e urgenza del bisogno clinico, dove a ciascun gruppo corrisponde un tempo massimo di attesa ritenuto clinicamente sostenibile.

La funzione principale dei RAO è dunque quella di differenziare le attese: non tutte le prenotazioni finiscono in un unico “calderone” cronologico, ma vengono smistate in liste distinte a seconda della priorità clinica.

Il metodo RAO, in sostanza, ufficializza e rende trasparente la priorità clinica di ciascuna richiesta. Ciò comporta due vantaggi: per il paziente,

22. www.ladige.it/blog/2017/07/26/rao-appropriatezza-e-priorita-1.2842768 (ultima consultazione: 08/11/25).

23. www.agenas.gov.it/images/agenas/In_primo_piano/RAO/Manuale_RAO_13_gen.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

c'è la garanzia che i casi più seri vengano effettivamente trattati più in fretta; per il sistema, diventa possibile monitorare e gestire le liste d'attesa sapendo quante sono le richieste urgenti o brevi rispetto a quelle differibili. I RAO sono stati sperimentati inizialmente a livello regionale (per esempio, la Provincia di Trento li applica da anni in ambito radiologico) e ora sono coordinati a livello nazionale da AGENAS tramite un Tavolo Permanente RAO. L'adozione uniforme di questi criteri in tutte le Regioni è prevista dagli ultimi piani di governo delle liste e dovrebbe portare a una maggiore equità: a parità di bisogno clinico, il tempo di attesa sarà simile ovunque, perché basato su standard condivisi e non sul caso o sulle differenze organizzative locali.

In pratica, i RAO funzionano come strumento di governo delle liste: se usati correttamente, permettono di far accedere prima chi ne ha più bisogno e di *posticipare senza rischi* chi può attendere. Ovviamente, perché questo meccanismo sia efficace, è fondamentale che la valutazione clinica alla base sia corretta e che le indicazioni di priorità vengano rispettate dalle strutture sanitarie (ossia, l'azienda deve attivarsi per erogare la prestazione entro il tempo indicato per quella classe di priorità).

5.2. Come si definisce la priorità in base al sospetto clinico

Attribuire la priorità giusta a una prestazione significa decidere quanto in fretta va eseguita in rapporto ai sintomi, ai segni e all'ipotesi diagnostica. È una scelta clinica e spetta al medico che compila l'impegnativa, indicando sulla ricetta una delle quattro classi (U, B, D, P). Il punto di partenza è sempre il sospetto clinico: più il quadro fa pensare a una condizione grave o a rischio di rapido peggioramento, più la priorità deve essere alta. Per capirci: davanti a segni e sintomi che fanno pensare a una neoplasia o a un problema cardiaco importante, la richiesta di visita o esame andrà con probabilità in B (breve) o U (urgente), così da consentire una valutazione nelle ore o nei pochi giorni successivi; se invece ci troviamo di fronte a disturbi lievi, aspecifici, o a controlli periodici senza campanelli d'allarme, la scelta sarà verosimilmente D (differibile, qualche settimana) o P (programmata, qualche mese), perché un'attesa più lunga non cambia la prognosi.

La priorità non dipende dall'ansia del paziente né dalla regola del "chi prima arriva", ma da criteri clinici. Un dolore addominale sfumato, presente da mesi e stabile, può essere tranquillamente gestito come D o P; un dolore toracico insorto da poco, con sospetto di infarto, è da U e richiede intervento immediato. In questo lavoro di pesatura aiutano le linee guida, che elencano i segnali d'allarme da trattare con urgenza, e il metodo RAO, che associa si-

tuzioni-tipo alle classi di priorità: ad esempio, una “sospetta neoplasia del colon” può ricadere in RAO B per la colonscopia (da eseguire in 10 giorni), mentre una colonscopia di screening in un soggetto senza sintomi rientra in P (tempi più lunghi). Questa standardizzazione rende più uniforme il comportamento dei prescrittori e fa emergere già in ricetta il razionale clinico della richiesta.

Un aspetto decisivo è scrivere bene il quesito diagnostico. Una formula vaga (“*controllo generale*”, “*dolore addominale*”) orienta poco e spinge, per prudenza, ad attribuire priorità più alte del necessario. Una formulazione precisa – per esempio: “*dolore in ipocondrio destro da 48 ore, sospetta colelitiasi; escludere complicanze*” – guida il CUP verso l’agenda corretta e aiuta lo specialista a capire subito che cosa cercare, mantenendo coerente la priorità ed evitando “gonfiaggi” inutili.

Dopo la prescrizione, è previsto anche un controllo a valle dell’appropriatezza e della classe. In molte realtà, richieste di TAC o risonanza vengono valutate preventivamente dal radiologo che, se necessario, conferma o rimodula la priorità in base al quesito clinico. Questo filtro serve a programmare gli esami con il giusto ordine: una volta fissata la motivazione e la classe, la prenotazione segue i tempi dedicati a quella categoria. Dall’indicazione del medico di medicina generale o dello specialista, fino all’erogazione, l’obiettivo è uno solo: far corrispondere il tempo di attesa al bisogno reale del paziente, senza anticipare ciò che può aspettare e senza ritardare ciò che non deve aspettare.

5.3. Perché l’appropriatezza riduce le liste “inutili”

Uno dei motivi per cui le code si allungano è che dentro quelle code finiscono prestazioni che non servono davvero o che potrebbero essere fatte più avanti senza alcun rischio. Ogni appuntamento non necessario occupa uno spazio che potrebbe andare a un paziente con bisogno più urgente. L’appropriatezza, in sostanza, fa pulizia: evita o rimanda ciò che è superfluo e lascia scorrere la lista di chi ha un’indicazione clinica solida. Quando in coda restano solo le richieste giustificate – e con la priorità giusta – la media dei tempi si accorcia e la fila “vera” diventa più rapida.

Gli effetti della non-appropriatezza si vedono subito nel quotidiano. Visite di controllo inserite come prime visite, esami “tanto per verificare” su sintomi minimi o cronici già noti, richieste senza un vero quesito clinico: tutto questo riempie le agende e toglie ossigeno alle priorità reali. Il risultato è un appiattimento delle classi U-B-D-P: la coda si gonfia di “falsi urgenti”, i primi accessi autentici scivolano indietro e l’ordine clinico si confonde con

l'ordine di arrivo. In pratica, si finisce per far aspettare di più tutti, compresi quelli che non dovrebbero aspettare.

La soluzione sta nel rimettere al centro che cosa serve e a chi serve, con strumenti semplici. Se un controllo rientra in un PDTA o in un percorso di follow-up, va prenotato nella sua agenda dedicata e non in quella delle prime visite. Se una prestazione può essere differita senza danni, la si programma con una D o una P coerenti, liberando subito gli slot per le situazioni più sensibili. E soprattutto si usa la classe B solo quando c'è un sospetto clinico serio: se tutto diventa “B-10 giorni”, alla fine nulla rientra davvero nei 10 giorni perché la capacità non basta, e la lista breve smette di essere tale.

C'è poi la componente della medicina difensiva: esami in più per “non rischiare” o per rassicurare, che sembrano innocui ma accendono una catena di effetti. Un accertamento non indispensabile può produrre falsi positivi o reperti casuali; questi, a loro volta, richiedono nuove visite e nuovi esami, con settimane di ansia per il paziente e altri slot occupati. È un circolo vizioso: la rassicurazione cercata allunga il percorso, aumenta il rumore di fondo e consuma risorse che servirebbero altrove.

In definitiva, appropriatezza non significa negare cure: significa indirizzare subito le risorse dove fanno più differenza. Chi non ha bisogno immediato evita code e procedure inutili (guadagnando tempo, serenità e meno rischi), mentre chi ha una reale necessità trova liste più corte e tempi più vicini agli standard. È anche una questione etica: una U deve essere davvero urgente, una B non è un “salta-fila”, una D tutela con una risposta entro poche settimane, una P è programmazione consapevole. Così la lista d’attesa torna a essere uno strumento di governo del tempo e non lo specchio di disorganizzazioni o abitudini sbagliate.

4. Sanità digitale nel governo delle liste di attesa

1. Il contributo dell'Intelligenza Artificiale

L'Intelligenza Artificiale sta emergendo come strumento chiave per supportare le decisioni strategiche in sanità, grazie alla capacità di analizzare grandi moli di dati e generare previsioni accurate. In particolare, algoritmi predittivi avanzati consentono di stimare la domanda di prestazioni sanitarie future, aiutando a pianificare con anticipo le risorse necessarie. Ad esempio, modelli di analisi predittiva sono in grado di prevedere il numero di ricoveri ospedalieri attesi in un dato periodo, ottimizzando così l'uso di posti letto, del personale sanitario e delle attrezzature disponibili¹. In questo modo le risorse possono essere allocate dove e quando servono maggiormente, riducendo sprechi e migliorando la qualità dell'assistenza erogata. Tali approcci consentono al Servizio Sanitario di affrontare proattivamente sfide crescenti come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche, anticipando i bisogni assistenziali futuri. La produzione automatica da parte dell'AI di contenuti di qualità sempre maggiore, in modo facile, veloce ed economico, presenta sfide nuove e complicate, con implicazioni epistemologiche, etiche e socioculturali che stiamo solo iniziando a comprendere (Floridi, 2025).

Implementare soluzioni di AI per la pianificazione sanitaria significa anche rendere più efficiente la gestione operativa quotidiana. L'automazione intelligente può razionalizzare compiti amministrativi come la programmazione degli appuntamenti, la gestione delle agende cliniche e la tenuta delle cartelle cliniche elettroniche, liberando tempo ai professionisti per concen-

1. health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/artificial-intelligence-healthcare_it (ultima consultazione: 08/11/25).

trarsi sulla cura del paziente. Ad esempio, sistemi di *scheduling* supportati da algoritmi di *machine learning* possono analizzare i trend storici e i fattori esterni (stagionalità, epidemie influenzali, ecc.) per proporre turnazioni del personale e aperture di ambulatori aggiuntive in previsione di picchi di domanda.

1.2. Il CUP dinamico: ottimizzazione degli slot e riduzione dei tempi morti

Un ambito in cui l’AI e gli strumenti digitali stanno dando un contributo tangibile è la gestione delle agende di prenotazione tramite i sistemi CUP che tradizionalmente si occupano di fissare gli appuntamenti per visite ed esami, ma le nuove tecnologie consentono di evolvere verso un CUP “dinamico”, capace di adattare in tempo reale le agende per ottimizzare ogni spazio disponibile. L’obiettivo è ridurre i tempi morti (slot non utilizzati) e quindi abbattere le liste d’attesa, sfruttando cancellazioni e rinunce a beneficio di altri pazienti in attesa. Le esperienze internazionali confermano il potenziale: il Servizio Sanitario inglese (NHS) ha segnalato che ogni anno si perdono circa 7,8 milioni di appuntamenti ospedalieri per “no-show” dei pazienti². In un progetto pilota nel NHS, un algoritmo di AI ha analizzato dati anonimizzati – incluse variabili come meteo, traffico e orari di lavoro – per prevedere quali pazienti avrebbero probabilmente saltato l’appuntamento, offrendo loro proattivamente slot alternativi più convenienti (ad esempio la sera o nel fine settimana). Contestualmente, il sistema inseriva automaticamente prenotazioni di riserva “intelligenti” per riempire eventuali vuoti previsti, evitando che i clinici restassero inattivi. I risultati sono stati positivi: personalizzando la schedulazione in base alle esigenze dei pazienti e bilanciando dinamicamente domanda e offerta, si è ottenuto un aumento del tasso di utilizzo delle sale e una diminuzione dei tempi d’attesa. Questa “best practice” dimostra come un CUP evoluto possa abbinare intelligentemente domanda e offerta: da un lato il paziente trova più facilmente una collocazione adeguata ai propri impegni, dall’altro la struttura sanitaria mantiene alta la saturazione delle proprie agende.

In Italia, il tema dell’ottimizzazione delle prenotazioni è al centro di recenti iniziative normative e organizzative. Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Già dal PNGLA 2019-2021 si sottolineava la necessità di potenziare i sistemi CUP con strumenti tecnologici avanzati per la gestione

2. www.inquira.health/it/blog/pianificazione-potenziata-dalla-ai-che-trasforma-gli-ospedali-europei (ultima consultazione: 08/11/25).

“tra la prenotazione e l’erogazione” della prestazione³. In tale solco, la Legge di Bilancio 2019 ha stanziato 350 milioni di euro per l’ammmodernamento dei CUP e lo sviluppo di funzionalità innovative. Molte Regioni hanno quindi avviato progetti di CUP unici regionali di nuova generazione (spesso denominati “CUP 2.0”), integrati con servizi online e app mobile, e dotati di meccanismi di richiamata attiva dei pazienti. Un esempio emblematico viene dalla Toscana: nel suo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa, la Regione ha previsto l’implementazione di un CUP 2.0 regionale in grado di effettuare chiamate *outbound* automatiche non appena il sistema rileva slot ancora liberi, allo scopo di offrire ai pazienti interessati un anticipo della data già programmata. In pratica, se un paziente ha un appuntamento fissato tra qualche mese e si libera un posto prima (ad esempio per la disdetta di un altro utente), il CUP 2.0 lo contatta attivamente per proporgli di anticipare la visita. Questo meccanismo di riassegnazione automatica degli appuntamenti disdetti permette di saturare le agende e ridurre i tempi di attesa, evitando che posti vacanti vadano persi. Anche altre regioni hanno seguito approcci simili: la Puglia, ad esempio, sta implementando un “e-CUP” regionale integrato (tramite portale web e app “Puglia Salute”) per unificare le prenotazioni su tutto il territorio, mentre la Campania ha avviato una Piattaforma Liste d’Attesa regionale con cruscotti di monitoraggio dei dati di prenotazione. Questo trend verso CUP centralizzati e tecnologicamente evoluti va nella direzione indicata anche dalle migliori pratiche europee: a livello internazionale si registra una tendenza alla centralizzazione delle prenotazioni e alla trasparenza verso i pazienti, come dimostra l’esperienza inglese del sistema “Choose and Book”, che offre al cittadino la possibilità di scegliere luogo e data dell’appuntamento tra più opzioni disponibili.

Un caso di innovazione organizzativa interna proviene dalla Regione Sardegna, che nel giugno 2025 ha approvato nuove Linee Guida per il CUP regionale, definendolo esplicitamente un sistema “unico, dinamico e flessibile” al servizio dell’utente⁴. Le novità introdotte mirano a ridurre drasticamente le attese e a supportare il cittadino in ogni fase del percorso di prenotazione. Tra i punti qualificanti vi sono: la gestione trasparente delle agende (visibili a livello sia aziendale che regionale), il monitoraggio sistematico delle disdette mediante promemoria attivi (SMS/e-mail) e recall telefonici, l’introduzione

3. cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach>Liste%20e%20tempi%20di%20attesa%20in%20sanit%C3%A0.0.%20Innovazioni%2C%20soluzioni%20e%20sfide%20per%20le%20regioni%20e%20le%20aziende%20sanitarie%20italiane.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

4. vivilasardegna.com/top/cup-approvate-le-nuove-linee-guida-regionali-per-un-sistema-unico-dinamico-e-flessibile (ultima consultazione: 08/11/25).

di liste attive per utilizzare immediatamente gli spazi liberati dalle cancellazioni, nonché sanzioni per i mancati preavvisi di disdetta. In particolare, il sistema sardo prevede che vengano inviati avvisi al paziente 15 giorni prima dell'appuntamento (per prestazioni programmabili) o 48 ore prima (per tutte le altre), invitando a confermare o cancellare. Se l'utente non disdice almeno 2 giorni prima e poi non si presenta, scatta una penale consistente nel pagamento del ticket della prestazione come se fosse stata erogata.

Questa misura di “deterrenza” è volta a responsabilizzare gli utenti e ridurre il fenomeno delle “assenze ingiustificate”. Al contempo, sono state attivate le “liste attive”: si tratta di elenchi di pazienti che hanno prenotazioni oltre i tempi massimi previsti, i quali vengono ricontattati proattivamente per offrire loro accesso anticipato qualora si liberino posti. A tale scopo, il CUP regionale creerà delle agende virtuali gestite in back-office, alimentate dagli slot resi disponibili tramite cancellazioni, anche ricorrendo a un overbooking controllato e a flessibilità/estensione degli orari di apertura. L’obiettivo dichiarato dalla Regione Sardegna è di richiamare il 100% dei pazienti in liste attive di tipo prioritario, offrendo loro la possibilità di anticipare la prestazione. Inoltre, per migliorare l’accessibilità, il portale di prenotazione online (CUP Web) verrà reso più intuitivo, consentendo all’utente di prenotare o disdire con un solo click. Queste azioni integrate dovrebbero portare a una drastica riduzione dei tempi morti nelle agende cliniche e, di riflesso, a un’accelerazione dei tempi di erogazione delle prestazioni per i cittadini. I risultati attesi sono in linea con quanto visto altrove: secondo studi, ridurre i tempi di attesa e ottimizzare l’uso delle risorse attraverso tali sistemi avanzati ha un impatto diretto sulla soddisfazione dei pazienti e sulla produttività del personale sanitario⁵. In sintesi, il CUP dinamico rappresenta un cambio di paradigma nella gestione delle prenotazioni: da calendario statico a sistema adattivo in tempo reale, orientato al migliore utilizzo di ogni minuto disponibile e al rispetto del diritto dell’utente a tempi di attesa ragionevoli.

Anche la Regione Calabria ha introdotto un nuovo sistema unico di prenotazione regionale, basato su una piattaforma digitale avanzata che consente ai cittadini di fissare visite ed esami in autonomia, da casa oppure tramite punti di supporto distribuiti sul territorio. Il portale, caratterizzato da un’interfaccia intuitiva, permette di consultare in tempo reale le disponibilità, confrontare i tempi di attesa tra le varie strutture e gestire facilmente le proprie prenotazioni. È inoltre integrato un sistema di notifiche automatiche che aiuta a evitare le mancate presentazioni. La piattaforma utilizza strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell’utente: assistenti virtuali e chatbot

5. www.inquira.health/it/blog/pianificazione-potenziata-dalla-che-trasforma-gli ospedali-europei (ultima consultazione: 08/11/25).

guidano la persona passo dopo passo nella scelta della prestazione e nella finalizzazione della prenotazione, rendendo il percorso più semplice e riducendo gli errori. Il modello adottato è pienamente multicanale: accanto ai servizi digitali – portale e applicazione mobile – restano disponibili sportelli territoriali e call center, così da assicurare l’accesso anche a chi ha minore familiarità con gli strumenti informatici.

Va sottolineato che l’adozione di sistemi AI e digitali in questi ambiti deve avvenire in un quadro regolatorio e di governance ben definito. Aspetti come la privacy dei dati sanitari e la trasparenza degli algoritmi utilizzati sono fondamentali: i nuovi CUP e le piattaforme di gestione devono essere conformi al GDPR e alle normative nazionali sulla protezione dei dati personali. Inoltre, il personale amministrativo e sanitario coinvolto necessita di formazione specifica per interagire con questi strumenti: un’agenda ottimizzata dall’algoritmo richiede comunque un controllo umano e procedure di gestione del cambiamento nelle aziende sanitarie. L’approccio migliore sembra essere quello di integrare l’IA come “decision-support”: l’algoritmo suggerisce soluzioni (es. spostare il paziente X in uno slot prima), ma la decisione finale e la comunicazione al paziente restano sotto supervisione del personale CUP, garantendo così sia l’efficienza che l’umanizzazione del servizio. In conclusione, il contributo dell’Intelligenza Artificiale nel governo delle liste di attesa e nella pianificazione delle risorse sanitarie si sta rivelando prezioso: mediante la previsione della domanda, l’ottimizzazione in tempo reale delle agende e l’automazione di molte operazioni, l’AI supporta un Servizio Sanitario Nazionale più reattivo, equo e centrato sul cittadino. Le esperienze maturate (Toscana, Sardegna, Calabria, ecc.) e le buone pratiche internazionali saranno la base su cui costruire standard nazionali sempre più omogenei, in linea con gli obiettivi strategici sia italiani che europei in materia di sanità digitale.

2. Le nuove tecnologie a servizio del cittadino

2.1. Telemedicina: consulti a distanza e presa in carico rapida

La Telemedicina⁶ rappresenta oggi uno degli strumenti più innovativi per avvicinare il Servizio Sanitario al cittadino, permettendo di erogare prestazioni a distanza grazie all’uso di tecnologie digitali. Con il termine telemedicina si intende un insieme di servizi sanitari in cui il professionista della salute e il paziente possono interagire senza trovarsi nello stesso luogo, tramite mezzi di comunicazione sicuri.

6. www.telemedicina.gov.it/home (ultima consultazione: 08/11/25).

Le principali modalità includono:

- *televisita*: è definita come un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, con possibilità di prescrivere farmaci, richieste di accertamenti e di referti, anche con il supporto di un caregiver. L'esito della televisita può portare alla prescrizione di farmaci o accertamenti diagnostici;
- *teleconsulto*: è un servizio di consulenza a distanza tra professionisti sanitari, anche tramite videochiamata, finalizzato a condividere dati clinici, referti, immagini e discutere i casi complessi. Serve a supportare le diagnosi e i trattamenti tra medici, senza la presenza attiva del paziente;
- *telemonitoraggio*: permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici del paziente, misurati a domicilio tramite dispositivi digitali, con l'obiettivo di monitorare continuamente pazienti cronici o post-ricovero;
- *teleassistenza*: consiste in un sistema di supporto a distanza per la presa in carico e la gestione del paziente (ad esempio anziani o fragili), che include educazione terapeutica, gestione infermieristica remota e supporto domiciliare, integrando il percorso assistenziale del paziente. La Teleassistenza è un atto professionale che rientra nelle competenze specifiche della professione sanitaria di riferimento (non esclusivamente medica, ma ad esempio infermieristica, psicologica, ecc.)

Questi servizi, se ben integrati nel sistema, permettono una presa in carico più rapida e continuativa del paziente: abbattono le barriere geografiche, evitano spostamenti non necessari e possono accelerare i tempi di intervento soprattutto per categorie fragili o croniche. Ad esempio, un paziente con patologia cronica può effettuare controlli periodici via televisita, riducendo le visite in ambulatorio e ottenendo comunque un follow-up tempestivo; allo stesso modo, il medico di medicina generale può richiedere rapidamente un teleconsulto con lo specialista per definire il percorso diagnostico di un caso complesso, senza attendere settimane per una visita tradizionale.

L'importanza strategica della telemedicina è stata riconosciuta a livello istituzionale da diversi anni. Già nel 2014 la Conferenza Stato-Regioni emanava le Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina, volte a definire requisiti organizzativi e criteri di valorizzazione per l'erogazione a carico del SSN delle diverse prestazioni di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telerefertazione, ecc.), in coerenza con i LEA vigenti⁷. Questo

7. www.telemedicina.gov.it/servicecatalog/wp-content/uploads/2024/12/C_17_pagineAree_2515_1_file.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

Tabella 3 – Differenze chiave tra i servizi di Telemedicina

Categoria	Televisita	Teleconsulto	Teleassistenza	Telemonitoraggio (TLMon)	Telecontrollo (TLCnt)
Natura dell'atto	Atto medico (visita)	Atto Medico (consulto)	Atto professionale sanitario (non solo medico)	Servizio sanitario (sovveglianza attiva)	Servizio sanitario (sovveglianza programmata)
Soggetti coinvolti	Medico e paziente/ caregiver	Medico richiedente e uno o più medici consultati	Professionista sanitario e paziente/ caregiver	Professionisti sanitari e paziente (gestione real-time degli alert)	Professionisti sanitari e paziente (gestione periodica dei dati)
Scopo principale	Controllo e follow-up di diagnosi nota; esame obiettivo parziale.	Condivisione di scelte mediche, supporto diagnostico, second opinion.	Supporto nella gestione della salute, continuità assistenziale, educazione.	Sovaligianza di patologie a rapida evoluzione; risposta terapeutica tempestiva.	Sovaligianza di condizioni stabili (croniche) o prevenzione; ottimizzazione risorse.
Modalità temporale	Sincrona (tempo reale, videochiamata obbligatoria)	Sincrona o asincrona (tra medici)	Prevalentemente sincrona (videochiamata). Generalmente programmata.	Raccolta dati in tempo reale e risposta tempestiva.	Raccolta dati cadenzata/ periodica; non richiede risposta in tempo reale.
Dati e condivisione	Condivisione dati clinici e anamnesi fondamentale.	Condivisione di dati clinici, referti, immagini prioritaria.	Condivisione di dati e referti avviene all'occorrenza.	Gestione di dati vitali e parametri con soglie di allarme.	Raccolta di dati e informazioni utili all'analisi delle tendenze cliniche.

lavoro è proseguito e, anche sotto la spinta della pandemia da Covid-19, ha portato ad aggiornare il quadro normativo: nel dicembre 2020 è stato sancito un Accordo Stato-Regioni con le Indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni di Telemedicina⁸, volto a definire requisiti organizzativi e tariffari minimi per includere televisite, telemonitoraggi e altri servizi nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Successivamente, il Ministero della Salute ha emanato nel 2022 due importanti provvedimenti attuativi: il Decreto ministeriale 29 aprile 2022, che approva le linee guida organizzative contenenti il “Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare” (PNRR M6C1 – milestone M6C1-4), definendo anche il ruolo del telemonitoraggio nel setting domiciliari⁹ nell’ambito dell’assistenza domiciliare (inserito nel Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR), e soprattutto il Decreto Interministeriale 21 settembre 2022, che ha approvato le “Linee guida per i servizi di Telemedicina – requisiti funzionali e livelli di servizio”¹⁰. Quest’ultimo documento, predisposto da AGENAS, stabilisce in dettaglio gli standard tecnici e prestazionali che le piattaforme di telemedicina devono rispettare a livello nazionale (ad esempio interoperabilità, sicurezza informatica, qualità del collegamento audio/video, tempi di risposta, ecc.) al fine di garantire servizi omogenei e di elevata qualità su tutto il territorio. Parallelamente, con D.M. 30 settembre 2022 sono state definite le procedure di selezione per individuare e finanziare le soluzioni di telemedicina proposte dalle Regioni, nell’ambito del PNRR. Si è così passati da una fase pionieristica (caratterizzata in passato da progetti pilota isolati) a una fase di istituzionalizzazione della telemedicina nel Servizio Sanitario Nazionale, con standard uniformi e investimenti dedicati.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta infatti il volano principale per la diffusione su larga scala della telemedicina in Italia. Nell’ambito di *Missione 6 – Salute* del PNRR, un intero investimento (M6C1 1.2.3) è destinato a “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”, con uno stanziamento complessivo di circa 1,5 miliardi di euro. Questo finanziamento è finalizzato alla creazione di una Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) e di 21 Infrastrutture Regionali di Telemedicina (IRT) interoperabili, così da integrare i servizi a distanza nell’architettura del SSN su base permanente.

8. www.agenas.gov.it/images/monitor/2021/46/art_agenas_18_appendice.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

9. www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=22A0309800100010110001&dgu=2022-05-24&art.dataPubblicazioneGazzetta=2022-05-24&art.codiceRedazionale=22A03098&art.num=1&art.tiposerie=SG (ultima consultazione: 08/11/25).

10. www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/02/22A06184/sg (ultima consultazione: 08/11/25).

AGENAS, ente attuatore, ha presentato ufficialmente la Piattaforma Nazionale nel febbraio 2025, contestualmente all'avvio del popolamento dei dati da parte delle Regioni. Secondo le stime programmatiche, entro dicembre 2025 il sistema di telemedicina nazionale prenderà in carico almeno 300.000 pazienti tramite strumenti digitali, numero destinato a salire fino a circa 790.000 pazienti in seguito (come previsto dal D.M. Salute 28 settembre 2023). Per raggiungere questi obiettivi sono state espletate due grandi gare centralizzate: una per dotare le Regioni delle piattaforme telemediche regionali (IRT), finanziata con circa 340,8 milioni di euro PNRR, e un'altra per acquisire le apparecchiature e postazioni di lavoro necessarie (finanziata con 186,3 milioni di euro PNRR). Tali risorse permetteranno di fornire agli operatori sanitari (medici, pediatri, infermieri, ecc.) gli strumenti per erogare televisite, teleconsulti e telemonitoraggi a regime. Si stima infatti che nelle programmazioni regionali confluiranno oltre 42 mila medici di medicina generale/continuità assistenziale, ~122 mila medici specialisti, ~6.600 pediatri e quasi 100 mila infermieri, tutti potenziali utilizzatori della telemedicina nella loro pratica clinica quotidiana¹¹.

Dal punto di vista tecnologico, la Piattaforma nazionale è concepita con un'architettura federata: un'Infrastruttura Nazionale di Telemedicina (INT) centrale, gestita da AGENAS, che eroga servizi abilitanti comuni (autenticazione, interoperabilità, repository centrale, strumenti di monitoraggio e governance)¹², e una rete di Infrastrutture Regionali di Telemedicina interconnesse, ciascuna deputata all'erogazione dei servizi di telemedicina ai cittadini della propria regione. L'INT garantisce che tutte le soluzioni regionali parlino “lo stesso linguaggio”: a tal fine AGENAS ha sviluppato un linguaggio uniforme di codifica delle prestazioni telemediche (basato su HL7 FHIR), che descrive le attività da svolgere per erogare un servizio di telemedicina in modo standardizzato e leggibile sia dagli operatori umani (tramite rappresentazioni grafiche di workflow) sia dai sistemi informatici.

Questo linguaggio condiviso – interoperabile con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 e con il futuro Ecosistema Dati Sanitari nazionale – consente di avere servizi confrontabili, tracciabili e verificabili su tutto il territorio, pur lasciando spazio alla personalizzazione regionale. In altri termini, un teleconsulto o una televisita avranno gli stessi requisiti minimi in Lombardia come in Sicilia e i dati generati confluiranno nei medesimi repository nazionali, alimentando anche analisi epidemiologiche e di ricerca.

11. www.aiponet.it/news/104-ufficio-stampa/3680-telemedicina-al-via-la-piattaforma-nazionale-agenas-300-000-pazienti-assistiti-entro-il-2025.html (ultima consultazione: 08/11/25).

12. www.sanitainformazione.it/telemedicina-inaugurata-la-piattaforma-300mila-pazienti-seguiti-entro-fine-anno/ (ultima consultazione: 08/11/25).

Il tema della sicurezza dei dati personali è stato attentamente considerato: AGENAS ha ottenuto nel gennaio 2025 il parere favorevole del Garante Privacy sullo schema di decreto che disciplina i trattamenti dati nell’ambito della Piattaforma. Tale decreto – emanato di concerto con MEF e Min. Innovazione – modifica anche alcune disposizioni del D.M. 7 settembre 2023 (relative al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0) per allinearle con il nuovo ecosistema telemedicina, e si coordina con lo schema di decreto istitutivo dell’Ecosistema Dati Sanitari (EDS) nazionale. Questi passaggi normativi dimostrano la volontà di assicurare una cornice regolatoria unitaria, dove telemedicina, FSE e scambio di dati clinici operino sinergicamente e in sicurezza.

Dal punto di vista clinico-organizzativo, l’adozione della telemedicina comporta significativi benefici. Innanzitutto, la telemedicina ottimizza l’utilizzo delle risorse sanitarie disponibili, distribuendo meglio la domanda assistenziale: ad esempio molte visite di controllo che prima affollavano gli ambulatori possono ora svolgersi in modalità televisita, riducendo il carico in presenza e liberando slot per prime visite o esami diagnostici urgenti¹³. Ciò si traduce in tempi di attesa più brevi e minori disagi (come gli spostamenti) per i pazienti. In particolare, per i pazienti cronici la telemedicina è efficace nel garantire un monitoraggio continuo e un intervento tempestivo in caso di necessità, prevenendo riacutizzazioni che altrimenti sfocerebbero in accessi al pronto soccorso. Un esempio concreto viene riportato presso l’ASL Roma 2 (Policlinico Tor Vergata), dove una sperimentazione di teleassistenza domiciliare integrata con le Centrali Operative Territoriali ha mostrato risultati importanti: riduzione del 10% degli accessi al Dipartimento d’Emergenza (meno ricorsi impropri al PS), riduzione del 10% dei ricoveri ripetuti in ospedale per pazienti con fragilità (grazie a un monitoraggio più stretto dopo la dimissione) e una riduzione complessiva della degenza media ospedaliera. Tali dati indicano che il modello di gestione territoriale potenziato dalla telemedicina può realmente spostare parti di assistenza dall’ospedale al territorio, con beneficio sia per i pazienti (che evitano ospedalizzazioni) sia per il sistema (che libera risorse ospedaliere per i casi più complessi).

La telemedicina inoltre migliora l’esperienza del paziente e favorisce la personalizzazione delle cure. Il paziente seguito a distanza si sente più supportato, ha un canale di contatto diretto con i sanitari e percepisce una presa in carico continuativa. Dal lato dei professionisti, poter accedere da remoto ai dati clinici del paziente (esami, parametri in telemonitoraggio, ecc.) consente di prendere decisioni basate su un quadro informativo completo e aggiornato in tempo reale. Va però evidenziato che per cogliere pienamen-

13. www.healthtech360.it/strategie-globali-per-la-salute-digitale/liste-attesa-sanita-digitale-tecnologie/ (ultima consultazione: 08/11/25).

te questi benefici è necessaria una riorganizzazione dei processi e un cambiamento culturale. L'implementazione di soluzioni di telemedicina richiede investimenti non solo tecnologici, ma anche in formazione del personale sanitario e in revisione dei percorsi assistenziali tradizionali. È fondamentale che le televisite e i teleconsulti siano integrati nei percorsi di cura esistenti, e non percepiti come elementi "aggiuntivi" slegati: ad esempio, un follow-up in telemedicina deve prevedere come il medico di famiglia viene informato dell'esito, come si registra il consulto nella documentazione clinica, e così via. Inoltre, occorre garantire la continuità delle cure: il paziente in telemonitoraggio che evidenzia parametri critici deve poter essere rapidamente indirizzato a una visita in presenza o a un intervento domiciliare. Non ultimo, la tutela dei dati sensibili va assicurata con sistemi di autenticazione forte, trasmissione criptata e rispetto delle normative privacy in ogni piattaforma utilizzata. Su tutti questi aspetti il quadro normativo sopra descritto (Linee guida nazionali) fornisce indicazioni precise, imponendo ad esempio che le piattaforme abbiano requisiti di sicurezza informatica elevati e che sia sempre acquisito il consenso informato del paziente per l'atto in telemedicina.

In definitiva, la telemedicina sta passando da soluzione emergenziale a strumento strutturale dei sistemi sanitari avanzati. Anche in Italia iniziano a delinearsi esempi concreti di percorsi strutturati di trasformazione digitale: il caso dell'ASST Melegnano-Martesana mostra come un piano triennale di revisione dei sistemi informativi, basato su data warehouse clinico-direzionale e integrazione con FSE e servizi di telemedicina, possa tradurre la sanità digitale in valore misurabile per pazienti e organizzazione (Fontanella *et al.*, 2025). L'esperienza dell'AUSL della Romagna analizzata da Bobini e colleghi documenta come una strategia aziendale integrata di sanità digitale e telemedicina, inserita nell'infrastruttura regionale e negli investimenti PNRR, rafforzi la presa in carico territoriale e la gestione delle cronicità, a condizione di una governance forte e di una cultura diffusa dell'innovazione (Bobini *et al.*, 2025). A livello regionale, lo studio di Menegon e Del Bene sull'esperienza del Veneto mostra come i servizi di telemedicina possano essere impiegati sia per recuperare prestazioni arretrate sia per ampliare in modo strutturato l'accesso alla specialistica ambulatoriale, soprattutto per i cittadini residenti in aree disagiate o con limitazioni alla mobilità (Menegon, Del Bene, 2025). Su un piano più generale, Pisarra e collaboratori (2025) propongono un framework multidimensionale e multistakeholder che valuta gli impatti della telemedicina in termini di sostenibilità economica, sociale e ambientale, a partire da due sperimentazioni in un ospedale pediatrico (telecardiologia e dimissioni precoci in telemonitoraggio), mostrando come questi servizi possano contribuire al raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 e supportare l'accountability delle aziende sanitari.

2.2. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Il Fascicolo Sanitario Elettronico¹⁴ è il pilastro della sanità digitale italiana, concepito per fornire a ogni cittadino un accesso unificato alla propria storia clinica. Introdotto a livello normativo dal DPCM 178/2015, il FSE viene definito come l’insieme dei dati e documenti digitali in ambito sanitario e socio-sanitario, generati dai vari eventi clinici (visite, esami, ricoveri) che riguardano un assistito. In altre parole, è un contenitore digitale che raccolgono referti, verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, profilo sanitario sintetico (o Patient Summary), certificati vaccinali, prescrizioni elettroniche e molti altri documenti, il tutto indicizzato secondo lo standard nazionale e messo a disposizione in forma sicura al cittadino e – previa autorizzazione – ai professionisti che lo hanno in cura. Lo scopo è duplice: da un lato consentire all’individuo di avere sempre sotto controllo le proprie informazioni sanitarie, dall’altro favorire la condivisione dei dati clinici tra i diversi attori del SSN (medici di famiglia, specialisti, ospedali, farmacisti), migliorando coordinamento e continuità assistenziale. Come evidenziato dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale, la disponibilità di un FSE completo e costantemente aggiornato permette una prevenzione e cura migliori, assicurando continuità assistenziale e decisioni cliniche basate sull’intera storia del paziente. Ad esempio, in una situazione di emergenza il medico di pronto soccorso può – tramite FSE – consultare in pochi secondi le allergie note, le terapie in corso e le ultime diagnosi del paziente, informazioni che potrebbero salvare la vita. Analogamente, uno specialista può visionare gli esami già effettuati in un altro ospedale, evitando duplicazioni inutili e rischi per il paziente.

Il FSE è strutturato come sistema federato a livello regionale: ogni Regione e Provincia Autonoma ha realizzato il proprio fascicolo (o ne sta completando l’implementazione) e tali sistemi regionali sono tra loro interoperabili attraverso un’Infrastruttura nazionale di interoperabilità gestita centralmente¹⁵. Ciò significa che un cittadino può accedere al proprio FSE tramite il portale regionale dedicato, ma i dati principali sono condivisi a livello nazionale, consentendo ad esempio a un medico in Lombardia di visualizzare (previo consenso) referti prodotti in Veneto per quello stesso cittadino. A oggi il FSE risulta attivo in tutte le regioni italiane, anche se con livelli di servizio e utilizzo variabili. Le regioni più avanzate, come Emilia-Romagna e Toscana, offrono oltre 20 servizi digitali integrati nel FSE

14. www.fascicolosanitario.gov.it/ (ultima consultazione: 08/11/25).

15. www.agendadigitale.eu/sanita/fascicolo-sanitario-elettronico-cose-e-a-che-punto-e-la-guida/ (ultima consultazione: 08/11/25).

(prenotazioni visite, pagamento ticket online, ritiro ricette dematerializzate, consultazione esenzioni, cambio medico di base, ecc.)¹⁶, mentre altre regioni presentano ancora funzionalità limitate. Complessivamente, dal monitoraggio ufficiale emerge un quadro di forte eterogeneità: i servizi più diffusi sono quelli relativi ai certificati vaccinali/Covid (presenti nel 95% delle Regioni), alle esenzioni ticket (81%) e alla prenotazione/pagamento online di visite ed esami (76%). Tuttavia, solo alcune regioni – tipicamente quelle che hanno investito prima nel digitale, come Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia – hanno raggiunto un’offerta completa di servizi via FSE, mentre altrove il fascicolo viene usato ancora in modo marginale (principalmente come archivio referti).

Anche sul fronte dell’utilizzo effettivo da parte di cittadini e medici si riscontrano differenze marcate. Grazie a campagne informative recenti (“FSE: Sicuri della nostra salute”) e all’attivazione automatica dei fascicoli prevista dal 2020, la percentuale di cittadini che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE è in crescita ma ancora migliorabile: a inizio 2024 era pari a circa 41% del totale (in aumento dal 35% del 2023). Questo dato, rilevato dall’Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano, indica che meno della metà degli assistiti ha realmente *consultato* il proprio fascicolo almeno una volta. Inoltre l’uso continuativo è più basso: su base trimestrale, a fine 2024 in media solo il 18% dei cittadini con documenti nel fascicolo vi accede nell’arco di 90 giorni. A livello regionale, si passa da punte virtuose (Provincia di Trento ~51%, Emilia-Romagna ~39% di cittadini attivi trimestralmente) a valori molto bassi (Sicilia ~1%, Calabria ~2%), a dimostrazione che in alcune zone il FSE è poco conosciuto o poco utilizzato. Un fattore chiave è stato il cambio di paradigma normativo introdotto dal D.L. 34/2020 (*Decreto Rilancio*): a partire da maggio 2020 l’alimentazione del FSE è diventata automatica per ogni cittadino, senza necessità di consenso preventivo, salvo il diritto di opt-out. Questo ha portato a un aumento massiccio dei fascicoli “popolati” (basti pensare che nel 2019 solo pochi milioni di italiani avevano un FSE attivo, mentre a fine 2021 si è superata quota 57 milioni di fascicoli alimentati). Tuttavia, alimentazione automatica non equivale a utilizzo: molti cittadini non sono ancora pienamente consapevoli del fascicolo o non trovano sufficienti motivi per consultarla attivamente. Proprio per questo le istituzioni stanno spingendo campagne di comunicazione e promozione dell’adesione. Contestualmente, è essenziale coinvolgere maggiormente i professionisti sanitari: attualmente solo una parte dei medici specialisti (35%) e dei medici di medicina generale (48%) ha con-

16. panoramadellasanita.it/site/fascicolo-sanitario-elettronico-polimi-solo-il-41-degli-utenti-lha-utilizzato-serve-proseguire-con-la-promozione/ (ultima consultazione: 08/11/25).

sultato regolarmente i FSE dei pazienti, nonostante i benefici dichiarati da chi li utilizza – velocizzazione nell’ottenere informazioni, facilità di lettura dei documenti, disponibilità di dati critici per gestire emergenze e possibilità di decisioni cliniche più personalizzate basate sull’intera storia del paziente. Ciò indica che c’è ancora da lavorare sulla integrazione del FSE nei workflow clinici: ad esempio rendendo l’accesso al fascicolo più comodo dai software gestionali che i medici usano quotidianamente, evitando duplicazioni di inserimento dati, ecc.

Per superare queste criticità, il Governo e l’Agenzia per l’Italia Digitale hanno lanciato il programma FSE 2.0, finanziato anch’esso dal PNRR con 1,38 miliardi di euro. L’obiettivo di FSE 2.0 è uniformare e potenziare i fascicoli regionali, offrendo in tutte le regioni lo stesso set di documenti e servizi digitali al cittadino. In pratica, FSE 2.0 prevede la definizione di un ecosistema nazionale dei dati sanitari in cui il fascicolo diventa l’“home” digitale unica per l’utente, dovunque egli si trovi sul territorio nazionale. A tal fine, nel 2022 il Ministero della Salute ha emanato le Linee di indirizzo per l’attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (D.M. 20 maggio 2022), e più recentemente – a conferma dell’importanza strategica – è stato adottato il Decreto 7 settembre 2023 “Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0”. Quest’ultimo provvedimento aggiorna il quadro regolatorio stabilendo nuovi standard tecnici (formati di dati, livelli di servizio, interoperabilità avanzata) e dispone che Regioni e Province Autonome adeguino i propri sistemi agli Use Case evoluti del fascicolo. Tra le novità del FSE 2.0 vi è l’integrazione nativa con le piattaforme di telemedicina (come già accennato, ogni soluzione regionale di telemedicina dovrà interfacciarsi con il FSE per scambiare documenti e aggiornare il Patient Summary secondo lo standard internazionale HL7 FHIR), nonché con il costituendo Ecosistema Dati Sanitari (EDS) che raccoglierà i dati anonimi/pseudoanonimi per finalità di governo e ricerca a livello centrale.

Inoltre, il FSE 2.0 punta a migliorare l’esperienza utente: tramite l’App Fascicolo (già disponibile in alcune regioni) o i portali rinnovati sarà più facile per il cittadino effettuare prenotazioni di visite direttamente dal fascicolo, pagare ticket online, esprimere il consenso alla donazione organi, scegliere/revocare il medico di famiglia, e così via¹⁷. L’idea è trasformare il FSE da mero archivio passivo a sportello sanitario digitale personalizzato.

Un ulteriore asse di sviluppo è la valorizzazione dei dati del FSE per il miglioramento dei servizi. Come evidenziato in studi recenti, l’analisi dei

17. cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Liste_e_tempi_di_attesa_in_sani-t%C3%A0.pdf. Innovazioni%2C soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane.pdf (ultima consultazione: 08/11/25).

big data sanitari contenuti nei fascicoli può fornire indicazioni preziose sui modelli di utilizzo dei servizi sanitari, permettendo una pianificazione più efficace dell'offerta. Ad esempio, monitorando in tempo reale quanti pazienti scaricano i propri referti di una certa prestazione o quanto spesso un certo esame diagnostico viene ripetuto, si potrebbero individuare aree di inappropriatezza o prevedere con anticipo carichi di domanda futura. L'integrazione di strumenti di intelligenza artificiale nel FSE 2.0 è infatti una prospettiva concreta: algoritmi di machine learning potrebbero setacciare i dati (nel rispetto della privacy) per identificare pattern epidemiologici, correlazioni tra terapie e outcome, oppure per stratificare la popolazione in fasce di rischio (come richiesto dal D.M. 77/2022 per l'assistenza territoriale). Tutto ciò si tradurrebbe in una capacità di intervento più proattiva da parte del SSN, ad esempio attivando percorsi di prevenzione personalizzati o allertando i medici di famiglia su pazienti che potrebbero beneficiare di richiami anticipati. Non a caso, la Missione Digitale 2030 dell'Unione Europea ha fissato come target che entro il 2030 il 100% dei cittadini europei abbia accesso online alla propria cartella clinica elettronica¹⁸. L'Italia, con il FSE 2.0, si muove esattamente in questa direzione, cercando di colmare i divari territoriali e di favorire la fiducia dei cittadini nello strumento.

Restano però alcuni nodi da sciogliere. Il primo è la disparità tra Regioni: serve portare tutti allo stesso livello per contenuti e funzionalità del FSE, così che un cittadino calabrese abbia le stesse informazioni e servizi di uno lombardo. Il PNRR finanzia proprio questo allineamento, standardizzando documenti e funzioni. Il secondo riguarda la partecipazione degli utenti: perché il FSE venga davvero usato, bisogna arricchirlo con servizi utili (per esempio la prenotazione di visite direttamente dal fascicolo, più volte indicata come obiettivo) e coinvolgere i medici di famiglia come veri sponsor dello strumento. In diverse Regioni sono già previsti incentivi per MMG/PLS e l'aggiornamento periodico, da parte del medico, del Patient Summary: se questa pratica diventasse diffusa, la percezione di utilità del FSE crescerebbe molto. C'è poi il capitolo sicurezza e privacy con alcune norme che hanno semplificato i flussi per alimentare il fascicolo, ma la protezione dei dati sensibili deve restare prioritaria.

Una recente Ordinanza della Corte di Cassazione (Civile Ord. Sez. 1 Num. 27558 Anno 2025)¹⁹ offre un chiarimento essenziale sui criteri per l'individuazione del Titolare del trattamento (Data Controller) quando si verifica un *data breach* all'interno del FSE. Il punto decisivo del ricorso, riconosciu-

18. www.eca.europa.eu/it/publications/sr-2024-25 (ultima consultazione: 08/11/25).

19. openssn.marcopingitore.it/la-cassazione-e-la-responsabilita-del-titolare-nel-caso-del-fascicolo-sanitario-elettronico-fse/2025/11/13/8455/ (ultima consultazione: 08/11/25).

to come fondato dalla Corte di Cassazione, si basa sulla distinzione delle finalità del trattamento previste dalla normativa nazionale (D.L. n. 179/2012 e DPCM n. 178/2015, *ratione temporis* vigenti). Il FSE è istituito dalle Regioni e Province autonome e persegue specifiche finalità, che influenzano l'individuazione del Titolare:

- *finalità di cura* (uso primario): diagnosi, cura e riabilitazione (Art. 12, comma 2, lett. a). Per queste finalità, il Titolare è l'Azienda Sanitaria;
- *finalità di studio, ricerca e programmazione sanitaria* (uso secondario): perseguitate dalle Regioni e dalle Province autonome.

La Cassazione ha osservato che il *data breach* in questione non era stato determinato da un errore nell'erogazione delle prestazioni sanitarie o nell'associazione dei documenti (finalità di cura). Si trattava invece di un difetto nelle procedure di identificazione, autenticazione informatica e autorizzazione all'accesso ai dati del FSE. Il quadro normativo di settore, anche il più recente (D.M. 7 settembre 2023, che in parte ha sostituito il DPCM n. 178/2015), riserva la titolarità dei trattamenti necessari a consentire l'identificazione e l'accesso ai dati del FSE in capo alla Regione/Provincia autonoma di assistenza.

Infine, il meccanismo dei consensi (alimentazione e consultazione) è stato semplificato, ma va mantenuto un equilibrio tra facilità d'uso e garanzie per l'utente. Infine, senza cultura digitale – sia dei cittadini sia degli operatori – il FSE fatica a diventare quella “cartella della salute” quotidiana che tutti immaginiamo: servono alfabetizzazione, formazione e accompagnamento all'uso per trasformarlo in uno strumento davvero pratico.

2.3. L'ospedale virtuale

L'ospedale virtuale non è un nuovo edificio ma un centro clinico h24/7 che lavora a distanza: prende in carico i pazienti a casa, combina televisite, telemonitoraggio e ricoveri domiciliari “a bassa intensità” con protocolli chiari di ammissione e dimissione. L'organizzazione è quella di un reparto vero (medici, infermieri, regole, orari, indicatori), ma la “corsia” è digitale. Questo modello non nasce in Italia: è stato sperimentato negli Stati Uniti (il Mercy Virtual, attivo dal 2015) e soprattutto nel Regno Unito con i virtual ward dell’NHS, dove è ormai prassi curare a domicilio molte acuzie gestibili senza letto fisico. L'evidenza raccolta dall’NHS è semplice: se ammissioni e dimissioni seguono criteri rigorosi, un “reparto virtuale” da 50 posti può liberare fino a 31 letti ospedalieri tradizionali, riducendo accessi in Pronto

soccorso e ricoveri evitabili con il risultato di liste d’attesa più corte perché parte dell’assistenza si sposta fuori dall’ospedale, ove possibile²⁰.

2.3.1. La declinazione “privata” in Italia: progetti, ruoli e regole del gioco

In Italia l’idea è stata spinta anche da attori privati in partnership con istituzioni e SSN. Un esempio è l’iniziativa di Motore Sanità: il progetto pilota presentato a Viareggio prevede un hub operativo h24/365, disegnato per essere replicabile e integrato con medici di famiglia, infermieri territoriali e farmacie. L’obiettivo dichiarato è migliorare l’accesso, ridurre i tempi di attesa e liberare risorse ospedaliere. Le stime rese pubbliche sono ambiziose: partendo da circa 527.050 ricoveri evitabili per cronicità e da un costo medio di 5.000 euro per ricovero, il risparmio potenziale per il sistema italiano sarebbe nell’ordine di 2,64 miliardi di euro; per la sola Toscana, una cifra indicativa di 211 milioni. La roadmap parla di un primo presidio a Viareggio e successivi avvii a Como e Cosenza²¹.

La componente “privata” non significa corsia parallela fuori controllo: il progetto descrive un consorzio tecnologico per erogare i servizi digitali e, in fase di start-up, risorse umane private per avviare l’hub e formare il personale pubblico (spesso in libera professione), con la regia istituzionale di territorio e Aziende sanitarie. È un’accelerazione organizzativa che ha senso solo se si fissano standard di qualità, governance dei dati e interoperabilità con i sistemi pubblici (CUP, FSE, piattaforme regionali). Lo stesso annuncio ufficiale richiama il sostegno del Sottosegretario all’Innovazione, con l’idea di un osservatorio sulle “best practice” digitali proprio per evitare derive e garantire inclusività e trasparenza.

2.3.2. Cosa fa, in concreto, un ospedale virtuale

Gli elementi tecnici sono abbastanza noti: piattaforma di telemedicina centrale per video-consulti e scambio dati clinici in tempo reale; dispositivi diagnostici portatili (ecografi, ECG, kit point-of-care) collegati in rete; infrastrutture di connettività robuste (anche satellitari dove serve); un Centro di coordinamento con specialisti disponibili h24; personale sul territorio (me-

20. www.agendadigitale.eu/sanita/ospedali-virtuali-presto-anche-in-italia-come-funzionano-e-i-vantaggi-per-medici-e-pazienti/ (ultima consultazione: 08/11/25).

21. www.motoresanita.it/ospedale-virtuale/ (ultima consultazione: 08/11/25).

dici/infermieri) addestrato a stabilizzare, misurare parametri e gestire protocolli; supporto tecnico e formazione continui. Questo set-up è esattamente lo scheletro tecnologico e organizzativo messo nero su bianco nelle schede progettuali italiane.

Sul piano clinico, la presa in carico ruota attorno a tre passaggi:

- *triage* (chi entra e perché);
- *gestione quotidiana* (parametri, soglie di allarme, interventi sul posto quando servono);
- *dimissione* (criteri di uscita e follow-up).

L’ospedale virtuale non è “solo telemonitoraggio del cronico”, ma anche gestione domiciliare di acuzie a bassa intensità (per esempio scompenso lieve, BPCO in riacutizzazione selezionata, infezioni non gravi), laddove un accesso in PS o un ricovero breve sarebbero prevedibili ma non imprescindibili. È la stessa direzione indicata dalla letteratura operativa e dalle esperienze inglesi: ridurre presentazioni in PS e ricoveri, curando “nel luogo che chiami casa” quando è sicuro farlo.

2.3.3. Ospedale virtuale e governo delle liste d’attesa

Liste d’attesa non significa solo “sportello CUP” con code lunghe in diagnostica, visite di controllo che slittano, ricoveri che occupano letti per giorni, rientri in PS per peggioramento. L’ospedale virtuale incide su tutti questi punti:

- *letti liberati*: se meno acuzie leggere richiedono un letto fisico, la chirurgia programmata e i ricoveri complessi non restano in coda per mancanza di posti. L’evidenza NHS citata sopra (31 letti liberati ogni 50 virtuali, a parità di criteri) spiega bene l’effetto “a catena”;
- *agenda sbloccata*: gestione proattiva dei cronici = meno riacutizzazioni = meno “prenotazioni urgenti” che intasano agende di visita ed esami programmati. È il passaggio che in molti contesti crea la vera, continua congestione;
- *PS meno affollati*: l’assistenza a domicilio su protocolli condivisi riduce accessi impropri, abbassa i tempi di attesa in triage e libera il personale. Anche questo scende poi sulle liste “a valle”;
- *follow-up rapidi*: televisite di controllo post-dimissione evitano code per “visite brevi” in presenza e, quando serve, attivano in fretta l’ambulatorio giusto.

Naturalmente ci sono condizioni da rispettare, tra cui:

- criteri chiari di inclusione/esclusione (chi entra nel reparto virtuale, chi no);
- interoperabilità e protezione dei dati (senza scambio fluido e sicuro con FSE e piattaforme regionali si creano doppioni di lista e di informazioni);
- indicatori semplici ma ferrei (giornate di ricovero evitate, riammissioni, contatti PS post-dimissione, “tempo alla prima visita” per alcune prestazioni traccianti).

Sono gli stessi punti messi in evidenza dalle analisi italiane sul tema: l’ospedale virtuale funziona se è una parte del sistema, non un canale parallelo.

2.3.4. L'integrazione con l'ecosistema pubblico

Un rischio reale è sommare “un'altra fila” a quelle che già esistono. Per evitarlo, i progetti italiani insistono su alcune scelte:

1. *collegamento ai CUP e alle piattaforme regionali*: l'ammissione nel reparto virtuale deve essere visibile al sistema (presa in carico, appuntamenti, follow-up), con prenotazioni e rendicontazione nella stessa filiera delle prestazioni SSN. Così i volumi “contano” e si pianifica di conseguenza;
2. *regia dei dati*: i parametri rilevati a casa, i referti generati da remoto e le decisioni cliniche devono confluire nel Fascicolo sanitario elettronico e nei sistemi aziendali, non in piattaforme chiuse. Questo è essenziale per la continuità e per i diritti del paziente;
3. *rete territoriale*: MMG/PLS, infermieri di comunità e farmacie dei servizi vanno inclusi fin dal disegno dei protocolli, perché sono loro a intercettare precocemente i segnali che evitano la “deriva” verso il PS;
4. *ruolo del privato*: tecnologia, start-up operativo e training possono essere affidati a soggetti privati, ma tariffe, criteri clinici, indicatori e trasparenza restano pubblici. È una partnership, non un *outsourcing* della cura.

In sintesi, le tecnologie al servizio delle persone – a partire da telemedicina e Fascicolo Sanitario Elettronico – stanno rendendo il SSN più vicino e semplice da usare. La telemedicina consente consulti rapidi e prese in carico tempestive, porta il medico “a domicilio” quando necessario e, allo stesso tempo, alleggerisce il carico sugli ospedali. Il FSE, invece, offre a ciascuno un unico spazio digitale dove ritrovare la propria storia clinica e condividerla in sicurezza con i professionisti, favorendo continuità di cura e maggiore consapevolezza nelle scelte.

Se questi strumenti vengono sviluppati e utilizzati fino in fondo, il Servizio sanitario diventa più equo, efficiente e centrato sulla persona. Il quadro normativo e le risorse non mancano – PNRR, linee guida, decreti attuativi – e spingono perché l’innovazione diventi parte stabile dell’organizzazione. Ora serve proseguire con decisione: misurare i risultati, valorizzare le esperienze che funzionano in Italia e all'estero e tenere il passo con gli standard europei, così da liberare tutto il potenziale della sanità digitale a beneficio dei cittadini.

Conclusioni

Affrontare il tema delle liste di attesa significa, in ultima analisi, interrogarsi sulla capacità concreta del Servizio Sanitario Nazionale di rendere effettivo il diritto alla cura. Nel corso di questo volume, il “labirinto della prenotazione” è stato via via scomposto nei suoi elementi costitutivi: le regole di accesso, il funzionamento del CUP, le classi di priorità, i LEA come perimetro dei diritti esigibili, le cause cliniche e organizzative dell’allungamento dei tempi, le più recenti innovazioni normative, i nuovi strumenti digitali. Guardando ora l’insieme, emerge con chiarezza che la lista d’attesa non è un incidente amministrativo, ma un vero e proprio dispositivo di governo: il luogo in cui si incontrano la domanda dei cittadini, la capacità programmativa delle istituzioni, le scelte cliniche dei professionisti e l’infrastruttura tecnologica che rende tutto ciò misurabile.

La prima conclusione è quindi di ordine concettuale: le liste d’attesa non possono più essere lette solo come un “problema”, ma devono essere assunte come un indicatore sentinella della qualità complessiva del sistema. Quando i tempi di accesso si allungano in modo sistematico, ciò segnala non soltanto una carenza di risorse, ma anche squilibri tra prevenzione e cura, tra territorio e ospedale, tra appropriatezza prescrittiva e reale fabbisogno, tra ciò che viene promesso a livello di diritti e ciò che è effettivamente organizzato nella pratica quotidiana. In questo senso, il tempo d’attesa è una misura della distanza – o della vicinanza – fra il dettato costituzionale e la vita delle persone.

In secondo luogo, emerge una coerenza di fondo nel quadro normativo che si è stratificato negli ultimi anni. L’aggiornamento dei LEA, il D.M. 77/2022 sulla riorganizzazione territoriale, il nuovo PNGLA 2025-2027, il D.L. 73/2024 con la Piattaforma nazionale liste d’attesa e l’Organismo di verifica e controllo, le regole su CUP, preliste, accesso diretto, rapporto con il privato accreditato e con l’attività intramoenia: tutti questi tasselli,

letti insieme, delineano un cambio di paradigma. Si passa da una gestione prevalentemente reattiva – fatta di piani straordinari, richiami emergenziali, turni aggiuntivi occasionali – a un disegno che punta a rendere strutturali la misurazione, la trasparenza, la responsabilità diffusa e i percorsi di tutela per il cittadino. È un salto di metodo prima ancora che di risorse.

Un terzo elemento trasversale è la consapevolezza che la riduzione delle attese non può essere affidata a un singolo livello del sistema. Le riforme evidenziano con forza che il tempo di accesso nasce dall'intreccio di almeno quattro dimensioni: la definizione dei diritti (LEA), la programmazione dell'offerta (piani regionali, assistenza territoriale, PDTA), la regolazione dei comportamenti (appropriatezza prescrittiva, ALPI, ruolo del privato accreditato, mobilità sanitaria) e, infine, l'organizzazione concreta dei punti di contatto con il cittadino (CUP, servizi territoriali, pronto soccorso, accesso diretto). Intervenire solo su uno di questi piani, lasciando inalterati gli altri, produce effetti transitori o spostamenti del problema da un settore all'altro.

Il libro ha mostrato anche come il governo delle liste di attesa debba ormai essere pensato in chiave pienamente digitale. La PNLA, i tracciati informativi unificati, i sistemi regionali CUP interoperabili, l'obbligo di far affluire le agende di pubblico, privato accreditato e intramoenia in un unico ecosistema, il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, le infrastrutture di telemedicina, il supporto dell'intelligenza artificiale, i modelli di ospedale virtuale: tutto converge verso un'idea di sistema sanitario in cui la domanda non è più una somma di code invisibili, ma un flusso continuamente osservabile, analizzabile e governabile. La tecnologia, da sola, non diminuisce le liste, ma senza questa infrastruttura informativa, qualunque politica sui tempi resta legata a stime approssimative, a rilevazioni parziali, a decisioni assunte “al buio”.

Accanto alla dimensione digitale, torna con forza il tema del territorio. L'accesso diretto per salute mentale, dipendenze e consultori, il numero 116117, le Case della comunità, le Centrali operative territoriali, la figura dello psicologo di assistenza primaria, la possibilità di follow-up e triage in telemedicina, i percorsi dedicati nei PDTA: tutti questi strumenti concorrono a spostare il baricentro dall'ospedale alle reti di prossimità. Una parte rilevante degli accessi impropri in pronto soccorso, specie in ambito psicologico e psichiatrico, potrebbe essere intercettata e presa in carico in queste sedi, riducendo non solo le code negli ospedali, ma anche il carico emotivo e sociale che ogni attesa ingiustificata produce sulle persone.

Infine, le pagine dedicate alle cause cliniche e organizzative delle liste – dalla medicina difensiva agli squilibri tra attività istituzionale e intramoenia, dalla mobilità sanitaria alle criticità nella contrattualizzazione del privato accreditato – richiamano una verità scomoda, ma ineludibile: non tutte le attese dipendono da “mancanza di soldi” o da “troppi pazienti”. Una quota

non trascurabile è generata da prestazioni inappropriate, percorsi ridondanti, duplicazioni diagnostiche, carenze di governo della domanda, regolazioni contrattuali che non mettono al centro la visibilità delle agende e la coerenza con i fabbisogni. Ridurre le attese significa allora anche rimettere ordine nelle filiere decisionali, nei criteri di programmazione, nella cultura professionale e gestionale che orienta le scelte quotidiane.

Alla luce di questo percorso, è possibile avanzare alcune proposte che non si limitano a elencare interventi puntuali, ma mirano a delineare un quadro teorico-operativo per il governo integrato delle liste di attesa.

Una prima proposta consiste nell'assumere il "tempo di cura" come categoria ordinante delle politiche sanitarie, al pari di qualità e sicurezza. Ciò significa riconoscere che il tempo non è un semplice indicatore accessorio, da monitorare ex post, ma un vincolo progettuale da considerare ex ante in ogni decisione di programmazione, organizzazione e finanziamento. In quest'ottica, accesso, diagnosi, trattamento e follow-up andrebbero progettati all'interno di percorsi che esplicitano – per ciascuna classe di priorità – non solo gli standard massimi, ma anche i tempi medi attesi e le soglie oltre le quali scattano automaticamente le tutele. La lista d'attesa smette così di essere un deposito di nominativi e diventa una componente strutturale dei PDTA, dei piani di attività ospedaliera e territoriale, dei contratti con il privato accreditato e con i professionisti.

Una seconda proposta riguarda la costruzione di un "quadrilatero" di governo delle attese fondato su quattro pilastri strettamente interdipendenti: trasparenza, tracciabilità, tutela, tecnologia. La trasparenza implica che tempi, volumi, agende disponibili, regole di accesso e risultati del monitoraggio siano resi pubblici in forma comprensibile, non solo per adempimento formale ma come base del patto di fiducia con i cittadini. La tracciabilità richiede che ogni fase del percorso – dalla prescrizione alla prenotazione, dalla presa in carico all'erogazione – sia registrata in modo univoco, così da poter ricostruire chi ha fatto cosa e quando. La tutela esige che, al superamento delle soglie di garanzia, scattino procedure obbligatorie di ricerca di soluzioni alternative, anche in rete, senza che sia il cittadino a doverle inseguire. La tecnologia, infine, è il supporto che rende tutto questo operativamente possibile: CUP interoperabili, FSE 2.0, piattaforme di telemedicina integrate, algoritmi di previsione della domanda basati sull'intelligenza artificiale e sistemi di allerta precoce sulle criticità. Nessuno di questi pilastri, isolato, è sufficiente, ma la loro combinazione coerente può produrre un cambiamento reale.

Una terza linea di proposta riguarda il rapporto tra appropriatezza clinica e governo del tempo. Occorre uscire dalla contrapposizione semplicistica tra "taglio delle prestazioni" e "aumento degli slot". Le evidenze richiamano

te nel volume su medicina difensiva, uso improprio delle risorse e percorsi ridondanti indicano che una parte del lavoro sulle liste deve passare da un rafforzamento delle competenze cliniche e comunicative dei professionisti. Ciò significa valorizzare strumenti come i RAO, le linee guida e i PDTA, ma anche promuovere contesti in cui il medico possa discutere con il paziente la reale utilità di un esame, spiegare i tempi di attesa, proporre alternative, senza essere immediatamente esposto alla minaccia di contenzioso. In questa prospettiva, audit periodici sull'appropriatezza delle prescrizioni, iniziative di “disinvestimento” da prestazioni a basso valore e programmi di formazione sulla comunicazione del rischio non sono solo misure di qualità clinica, ma veri e propri interventi di politica delle liste.

Una quarta proposta, strettamente collegata alle precedenti, è quella di consolidare un modello di governo territoriale delle attese. Ciò implica, sul piano teorico, il passaggio da una visione centrata sul singolo servizio o presidio a una logica di rete, in cui la responsabilità del tempo di accesso è condivisa tra ospedale, territorio e servizi sociali. L'accesso diretto per alcune aree, i numeri unici per le urgenze non emergenti, le Case della comunità, le COT, le reti di salute mentale, le forme di presa in carico proattiva dei cronici, gli stessi ospedali virtuali sono elementi di un medesimo disegno: costruire “porte di ingresso” differenziate ma coordinate, in grado di offrire risposte appropriate senza generare imbuto in pronto soccorso o nelle agende specialistiche. Operativamente, ciò richiede che le agende territoriali siano realmente visibili nei CUP, che esistano slot dedicati per prime valutazioni rapide, che i percorsi di triage – anche in telemedicina – siano formalizzati e monitorati, e che la responsabilità sui tempi non ricada solo sull'ospedale.

Una quinta linea di proposta riguarda l'uso avanzato dei dati. Le architetture informative descritte nelle pagine dedicate al PNLA, al PNGLA e al FSE 2.0 consentono, almeno potenzialmente, di passare da un monitoraggio descrittivo a una vera e propria “intelligenza” di sistema. Dal punto di vista teorico, ciò significa riconoscere che i flussi sulle liste di attesa, se adeguatamente integrati con i dati di spesa, di esiti e di mobilità, possono alimentare modelli predittivi capaci di orientare la programmazione prima che le criticità esplodano. Dal punto di vista operativo, occorre investire nella capacità delle strutture regionali e aziendali di leggere e utilizzare questi dati: cruscotti di facile lettura, indicatori stabili nel tempo, confronti inter-aziendali e inter-regionali, piani di miglioramento basati su evidenze. Il rischio, altrimenti, è costruire infrastrutture sofisticate che restano sottoutilizzate o ridotte a meri adempimenti.

Infine, una proposta che attraversa tutte le precedenti riguarda il ruolo del cittadino. In molte parti del libro si è richiamata la necessità di spostare il paziente da soggetto passivo in attesa del proprio turno a interlocutore con-

sapevole, informato sui propri diritti e sugli strumenti di tutela. L’evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, dei portali di trasparenza, delle app e dei servizi digitali può favorire questa trasformazione, a condizione che le informazioni rese disponibili siano chiare, coerenti con le regole effettivamente applicate e accompagnate da canali di ascolto e di segnalazione. In prospettiva, un cittadino che conosce le classi di priorità, sa come funziona la prelista, utilizza responsabilmente disdetta e conferma, partecipa alla valutazione dei servizi, non è un ostacolo ma un alleato nel governo delle liste.

Ridurre le liste di attesa non significa promettere un sistema senza code, ma impegnarsi perché nessuno resti bloccato in tempi clinicamente ingiustificati o burocraticamente immotivati. Il percorso tracciato nelle pagine di questo libro mostra che gli strumenti normativi, organizzativi e tecnologici oggi disponibili sono più robusti rispetto al passato; al tempo stesso, mette in evidenza che la loro efficacia dipenderà dalla capacità di essere tradotti in pratiche quotidiane coerenti, dall’attenzione alle differenze territoriali, dall’investimento su competenze professionali e cultura della responsabilità.

Il tempo di attesa è, in fondo, una forma particolare di tempo di vita. Ogni giorno trascorso in più in lista non è solo un numero in un report, ma un aumento di ansia, di incertezza, di rinunce; talvolta è un peggioramento clinico che poteva essere evitato. Assumere questo punto di vista significa riconoscere che il governo delle liste di attesa non è un ambito tecnico riservato agli addetti ai lavori, ma un capitolo essenziale del patto sociale che lega il Servizio sanitario nazionale ai cittadini.

Se il quadro delineato da LEA, PNGLA, D.L. 73/2024, FSE 2.0, sanità territoriale e digitale sarà messo a frutto con coerenza, le liste d’attesa potranno tornare a essere ciò che dovrebbero essere: uno strumento ordinato di priorità, e non il sintomo cronicizzato di un sistema in affanno. La sfida che si apre, per decisorи, professionisti e utenti, è proprio questa: trasformare il tempo che oggi si consuma nell’attesa in tempo restituito alla cura, alla prevenzione, alla qualità della vita. Il percorso non è semplice né immediato, ma è l’unico che consenta di tenere insieme equità, sostenibilità e fiducia nel Servizio sanitario nazionale.

Proposte basate sulla sanità digitale

La vera rivoluzione nella gestione delle liste d'attesa non risiede solo nell'aumento dell'offerta, ma nella capacità di anticipare la domanda attraverso l'uso strategico dei dati. Grazie alla Piattaforma Nazionale Liste di Attesa, il Servizio Sanitario Nazionale dispone ora dell'infrastruttura necessaria per passare da una logica "reattiva" – che interviene solo a emergenza conclamata – a una logica "predittiva".

L'integrazione di algoritmi di intelligenza artificiale e Big Data permette infatti di analizzare i flussi storici di prenotazione per prevedere con settimane di anticipo i picchi di richiesta stagionali o epidemiologici. Questo cambio di paradigma consente una pianificazione proattiva delle risorse ("staffing dinamico"): le aziende sanitarie possono modulare l'apertura delle agende, incrementare le ore di ambulatorio o attivare le prestazioni aggiuntive del personale *prima* che si formi il "collo di bottiglia".

Sul fronte dell'*intramoenia*, la digitalizzazione diventa strumento di garanzia dell'equità: sistemi di monitoraggio in tempo reale possono segnalare automaticamente il rischio di sbilanciamento tra attività pubblica e privata, permettendo alle direzioni di intervenire con correttivi mirati e tempestivi per ripristinare le proporzioni di legge senza dover ricorrere a traumatici blocchi *ex post*. Infine, la trasparenza del dato digitale abilita una nuova sinergia con la medicina territoriale: i Medici di Medicina Generale, accedendo a cruscotti aggiornati sulle disponibilità, possono orientare la domanda verso le strutture con minore attesa o attivare i percorsi di tutela, riducendo la dispersione dei pazienti e ottimizzando la capacità complessiva del sistema.

1. Anticipazione dei picchi e “staffing dinamico”

Spesso le aziende sanitarie rilevano la carenza di slot solo quando i tempi di attesa hanno già superato le soglie critiche. L’uso dei dati cambia questa dinamica.

- *il meccanismo*: sfruttando lo storico dei dati provenienti dai CUP (Centri Unici di Prenotazione) regionali e nazionali, gli algoritmi possono prevedere con precisione picchi stagionali (es. aumento di patologie respiratorie invernali) o variazioni epidemiologiche locali;
- *l’azione proattiva*: le Direzioni Generali non devono più attendere l’emergenza, ma possono pianificare le risorse in anticipo (“Staffing Dinamico”). Sulla base delle previsioni, è possibile aprire agende serali o nei weekend e allocare preventivamente i budget per le prestazioni aggiuntive detassate. Questo garantisce la copertura dei turni necessari prima che la domanda esploda, evitando il ricorso costoso e urgente a soluzioni tampone.

2. Gestione “intelligente” dell’equilibrio pubblico-privato

Prevedere concretamente la sospensione dell’attività *intramoenia* qualora i volumi di prestazioni o i tempi di attesa superino quelli istituzionali. Se applicata *ex post*, questa misura rischia di essere traumatica e generare conflitti:

- *l’approccio predittivo*: un sistema di monitoraggio avanzato può generare alert preventivi per i primari e le direzioni sanitarie (es. “Attenzione: al trend attuale, tra 15 giorni il Reparto X supererà la soglia di tolleranza tra attività pubblica e privata”);
- *la soluzione*: Questo preavviso consente correzioni di rotta immediate e morbide: si possono ridurre temporaneamente gli slot privati o incrementare quelli pubblici prima di dover imporre il blocco totale. Si preserva così il servizio ai cittadini senza arrivare allo scontro sindacale o alla chiusura delle agende.

3. Contrasto al “no-show” (appuntamenti deserti)

Il fenomeno dei pazienti che prenotano ma non si presentano (no-show) rappresenta uno spreco enorme di risorse che allunga le liste per gli altri:

- *il meccanismo*: l'analisi predittiva permette di identificare i profili di rischio "no-show" analizzando variabili come lo storico del paziente, la tipologia di esame e la distanza dalla struttura sanitaria;
- *l'azione proattiva*: Per i segmenti ad alto rischio, il sistema può attivare protocolli di *recall* rinforzato (SMS, app, chiamate automatiche, conferme a 48h) o strategie di *overbooking controllato* (inserendo un paziente aggiuntivo in agenda calcolando la probabilità statistica di assenza). Questo massimizza la saturazione delle risorse tecnologiche e umane, recuperando efficienza.

3.1. La “smart waitlist” e il recupero real-time (bot conversazionali)

Il problema del “no-show” non si risolve solo con l’overbooking (che può creare stress al personale), ma con il riempimento istantaneo:

- *la proposta*: implementazione di sistemi di “Recall Automatizzato Intelligente”. Quando si libera uno slot (per disdetta improvvisa), il sistema invia automaticamente una notifica (via App o messaggistica istantanea) ai primi 10 pazienti in lista d’attesa per quella prestazione, offrendo l’anticipo dell’appuntamento, anche basandosi sulla geolocalizzazione degli utenti (il sistema potrebbe calcolare la distanza tra ambulatorio e utente). Il primo che risponde “Sì” ottiene il posto;
- *il vantaggio*: si azzerano i tempi morti delle segreterie (niente telefonate manuali) e si premia il cittadino reattivo, saturando l’agenda al 100% senza rischi di sovraffollamento.

4. Triage AI e “check-in clinico digitale”

Molte visite specialistiche “intasano” le liste ma si rivelano inutili perché il paziente arriva senza gli esami propedeutici necessari, costringendo a prenotare una seconda visita (la “visita buca”):

- *la proposta*: 48 ore prima dell’appuntamento, un sistema di AI invia un “check-in clinico” al paziente. Verifica che gli esami richiesti siano stati effettuati e siano disponibili sul Fascicolo Sanitario Elettronico. Se mancano, il sistema suggerisce di riprogrammare l’appuntamento o converte la visita in un tele-consulto di orientamento, liberando lo slot fisico per un’urgenza reale;

- *il vantaggio:* aumento drastico dell'appropriatezza della visita erogata, non solo di quella prescritta.

5. Supporto all'appropriatezza prescrittiva

Agire sull'offerta non basta se non si governa la domanda: molte liste d'attesa sono intasate da prescrizioni ridondanti o inappropriate:

- *l'applicazione:* l'Intelligenza Artificiale può analizzare i flussi prescrittivi dei Medici di Medicina Generale (MMG) confrontandoli con le linee guida cliniche e i dati epidemiologici del territorio;
- *il risultato:* il sistema è in grado di rilevare anomalie (es. picchi ingiustificati di richieste per esami diagnostici in specifiche aree) e segnalare la necessità di audit o formazione mirata. Inoltre, può suggerire in tempo reale al medico prescrittore percorsi alternativi o più appropriati, filtrando la domanda all'origine.

6. Conversione dinamica in telemedicina

Non tutte le visite in lista d'attesa richiedono la presenza fisica (es. controlli, visione esami, rinnovi piani terapeutici):

- *la proposta:* un algoritmo analizza la lista d'attesa esistente e identifica i pazienti "convertibili". Il sistema propone proattivamente a questi pazienti di anticipare l'appuntamento passando dalla modalità "fisica" a quella digitale;
- *il vantaggio:* si abbatttono le liste d'attesa fisiche spostando volumi enormi di prestazioni (spesso burocratiche o di semplice controllo) sul canale digitale, decongestionando gli ambulatori ospedalieri.

7. Open source e replicabilità delle piattaforme CUP

Una criticità strutturale del sistema di prenotazione italiano risiede nella frammentazione tecnologica: 21 sistemi regionali spesso costruiti su piattaforme proprietarie, con logiche non trasparenti e costi di manutenzione elevati:

- *la proposta:* tutti i software dei CUP regionali e le piattaforme di prenotazione devono essere sviluppati in modalità *open source*, con obbligo

per le Regioni di rendere pubblicamente accessibile il codice sorgente. Ogni piattaforma deve essere progettata secondo criteri di replicabilità, permettendo ad altre Regioni di adottarla, adattarla e migliorarla senza vincoli di licenza.

- *i vantaggi:*
 - *trasparenza*: il codice pubblico permette verifiche indipendenti su sicurezza, privacy e correttezza degli algoritmi di prioritizzazione;
 - *riduzione dei costi*: le Regioni possono riutilizzare soluzioni già sviluppate anziché commissionare ex novo sistemi analoghi;
 - *collaborazione inter-regionale*: bug fix e nuove funzionalità sviluppate in una Regione diventano automaticamente disponibili per tutte;
 - *autonomia strategica*: si evita il lock-in verso fornitori proprietari e si favorisce un ecosistema di piccole e medie imprese innovative;
 - *accelerazione dell'innovazione*: una comunità di sviluppatori può contribuire al miglioramento continuo del sistema.
- *l'attuazione*: Il Ministero della Salute, attraverso AGENAS, può definire gli standard minimi di interoperabilità e le linee guida di sicurezza, mentre ogni Regione mantiene la possibilità di personalizzare l'interfaccia utente e i servizi aggiuntivi, garantendo però la piena compatibilità con l'infrastruttura nazionale (PNLA).

8. Utilizzo della blockchain nella gestione delle liste di attesa

La gestione delle liste di attesa nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) soffre di una criticità sistematica: l'opacità dei processi. Attualmente, le agende di prenotazione funzionano come “scatole nere”: modifiche alle priorità, cancellazioni, inserimenti forzati (overbooking) e spostamenti avvengono spesso senza lasciar traccia indelebile. Questa mancanza di verificabilità alimenta il sospetto di favoritismi e corrodere la fiducia del cittadino nelle istituzioni sanitarie.

- *la soluzione proposta*: introdurre un livello di certificazione digitale basato su Blockchain. Non si tratta di sostituire i CUP attuali, ma di affiancare loro un “registro notaio” digitale. Il sistema prevede una Blockchain di tipo “Permissioned” (privata e gestita da enti autorizzati), dove i nodi validatori sono controllati da attori istituzionali (Ministero della Salute, AGENAS, Regioni, ASL). Su questo registro viene “notarizzata” l'impronta digitale (hash) di ogni singolo evento: dalla prenotazione all'erogazione della prestazione;

- *i vantaggi chiave:*
 - *incorruibilità del dato*: una volta che un evento (es. una prenotazione) è scritto sulla blockchain, è matematicamente impossibile modificarlo o cancellarlo senza lasciare traccia;
 - *Audit Trail Certificato*: ogni azione (chi ha spostato un paziente? perché? quando?) è registrata. Questo permette ispezioni immediate e automatizzate da parte degli organi di controllo;
 - *Privacy by Design*: sulla blockchain non finiscono i dati sensibili (nomi, patologie), ma solo codici crittografici (hash). I dati sanitari restano nei database sicuri delle ASL, garantendo la piena conformità al GDPR;
 - *Automazione via Smart Contracts*: l'uso di "contratti intelligenti" permette di automatizzare le regole di priorità. Se si libera un posto, il sistema lo riassegna automaticamente al paziente successivo avendo diritto secondo criteri clinici oggettivi, eliminando la discrezionalità umana.

L'attuazione non richiede di rottamare i sistemi di prenotazione attuali, ma di potenziarli gradualmente. Si partirà con una sperimentazione in poche ASL pilota, collegando la Blockchain ai software esistenti affinché agisca come un "notaiò digitale" invisibile, capace di certificare e blindare ogni operazione svolta dagli operatori. Una volta collaudata la sicurezza del sistema, si attiveranno le regole automatiche per gestire le priorità e riassegnare i posti liberi senza discrezionalità umana. Infine, il modello verrà esteso a tutte le Regioni sotto la supervisione di AGENAS, fornendo ai cittadini un'app per monitorare la propria posizione in lista in totale trasparenza.

Bibliografia

- Baldoni R. (2025), *Sovranità digitale. Cos'è e quali sono le principali minacce al cyberspazio nazionale*, il Mulino, Bologna
- Barker J. (2020), *Principi di Cyber Security*, FrancoAngeli, Milano.
- Bobini M., Puritani G., Croatti A., Florescu C. (2025), Sanità digitale e telemedicina nell'AUSL della Romagna: evoluzione, esperienze e prospettive. *Mecosan – Management ed Economia Sanitaria – Open Access*, (132). DOI: 10.3280/mesa2024-132oa20691.
- Bolognini L., Zippioni S. (2024), *Privacy e diritto dei dati sanitari*, Giuffré, Milano
- Floridi L. (2025), *La differenza fondamentale. Artificial Agency: una nuova filosofia dell'intelligenza artificiale*, Mondadori, Milano.
- Fontanella A., Orlandini P., Origgi G. (2025), Verso una salute più efficace ed efficiente: il percorso di digitalizzazione dell'ASST Melegnano-Martesana. *Mecosan – Management ed Economia Sanitaria – Open Access*, (132). DOI: 10.3280/mesa2024-132oa20692.
- Gabanello M., Ravizza S. (2024), *Codice Rosso. Come la sanità pubblica è diventata un affare privato*, FuoriScena, Milano.
- Martini L., Apuzzo L., Pandolfi D., Gabutti I., Mantoan D. (2023). La programmazione del personale sanitario in ambito territoriale: una revisione sistematica della letteratura e analisi del contesto italiano in base al PNRR e D.M. 77/2022. *Mecosan – Management ed Economia Sanitaria – Open Access*, (124). DOI: 10.3280/mesa2022-124oa15988.
- Menegon C., Del Bene L. (2025). Il ruolo della telemedicina nella gestione delle liste di attesa e nell'ampliare l'accesso a prestazioni di specialistica ambulatoriale. L'esperienza nella Regione Veneto. *Mecosan – Management ed Economia Sanitaria – Open Access*, (130). DOI: 10.3280/mesa2024-130oa18960.
- Pirrotta L., Da Ros A., Cantarelli P., Bellè N. (2024). Metodologie per la determinazione del fabbisogno di personale nel management della sanità: una revisione

- della letteratura internazionale. *Mecosan – Management ed Economia Sanitaria – Open Access*, (126). DOI: 10.3280/mesa2023-126oa17289.
- Pisarra M., Marsilio M., Magnani L., Zuccotti G.V. (2025). Sostenibilità in sanità: una valutazione degli impatti della telemedicina. *Mecosan – Management ed Economia Sanitaria – Open Access*, (130). DOI: 10.3280/mesa2024-130oa19739.
- Russo A.G., Bergamaschi W., Longo F. (2025). Surfing tra SSN e spesa privata: impatti sui tempi di attesa dei ricoveri oncologici. *Mecosan – Management ed Economia Sanitaria – Open Access*, (129). DOI: 10.3280/mesa2024-129oa18976.
- Tomasini C.R. (2019), *Liste di attesa in sanità. La soluzione dell'Open Access*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Veronelli G. (2024), *Compendio di diritto sanitario*, Edizioni Simone, Napoli.

Glossario

- ADI** (*Assistenza Domiciliare Integrata*). Forma di assistenza sanitaria e socio-sanitaria erogata al domicilio del paziente, con presa in carico multiprofessionale (medico, infermiere, terapisti, ecc.).
- AGENAS** (*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*). Ente nazionale di supporto tecnico a Stato e Regioni per il monitoraggio, la valutazione e il miglioramento dei Servizi Sanitari Regionali (SSR).
- AI** (*Artificial Intelligence / Intelligenza Artificiale*). Insieme di tecniche e algoritmi che consentono ai sistemi informatici di svolgere compiti “intelligenti” (analisi predittive, supporto decisionale, elaborazione del linguaggio, ecc.).
- ALPI** (*Attività Libero-Professionale Intramuraria*). Attività a pagamento svolta dai professionisti dipendenti del SSN all’interno delle strutture pubbliche (o in studi di collegati), al di fuori dell’orario istituzionale, in regime regolato e tracciato.
- API** (*Application Programming Interface*). Insieme di regole e interfacce che consentono a software diversi di comunicare tra loro (es. integrazione tra CUP, FSE, piattaforme regionali).
- APP** (*Application*). Applicazione software, in particolare per dispositivi mobili (app per prenotazioni, consulto referti, FSE, ecc.).
- ASL** (*Azienda Sanitaria Locale*). Ente del SSR che gestisce l’assistenza territoriale e ospedaliera in un determinato ambito geografico.
- ATS** (*Agenzia di Tutela della Salute*). Denominazione utilizzata in alcune Regioni (es. Lombardia) per gli enti acquirenti/committenti delle prestazioni sanitarie.
- BPCO** (*Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva*). Patologia respiratoria cronica, spesso usata come esempio nei PDTA e nei percorsi di presa in carico della cronicità.
- CDC** (*Centers for Disease Control and Prevention*). Agenzia di sanità pubblica statunitense, richiamata come fonte di dati/esperienze internazionali.

COT (*Centrale Operativa Territoriale*). Struttura organizzativa prevista dal D.M. 77/2022 che coordina i percorsi di presa in carico sul territorio, integrando i diversi servizi.

CSM (*Centro di Salute Mentale*). Struttura territoriale del Dipartimento di Salute Mentale, responsabile della presa in carico dei disturbi psichiatrici.

CUP (*Centro Unico/Unificato di Prenotazione*). Sistema centralizzato (organizzativo e informatico) per la gestione delle prenotazioni di visite, esami e ricoveri in SSN, privato accreditato e intramoenia.

D.L. (*Decreto-legge*). Atto normativo del Governo con forza di legge, efficace subito e da convertire in legge dal Parlamento entro 60 giorni.

D.M. (*Decreto Ministeriale*). Atto normativo emanato da un Ministero (es. D.M. 77/2022, D.M. 70/2015).

DPCM (*Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri*). Provvedimento normativo del Presidente del Consiglio (es. DPCM LEA 2017).

DRG (*Diagnosis Related Group*). Sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri per gruppi omogenei di diagnosi, usato per il finanziamento a tariffa.

DSM (*Dipartimento di Salute Mentale*). Struttura dipartimentale che coordina CSM, SPDC, residenze psichiatriche, ecc.

ECG (*Elettrocardiogramma*). Esame diagnostico che registra l'attività elettrica del cuore.

EDS (*Ecosistema Dati Sanitari*). Infrastruttura nazionale prevista per raccogliere e mettere a sistema, in forma anonima/pseudoanonima, i dati sanitari provenienti da FSE, flussi NSIS, ecc., a supporto di analisi e programmazione.

FHIR (*Fast Healthcare Interoperability Resources*). Standard HL7 per lo scambio di dati sanitari in formato strutturato e interoperabile (API REST, risorse, profili FHIR, ecc.).

FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*). Metodologia di analisi dei rischi utilizzata nel risk management sanitario per identificare modalità di guasto e impatto.

FSE (*Fascicolo Sanitario Elettronico*). Insieme strutturato di dati e documenti digitali sanitari e socio-sanitari del cittadino, alimentato da SSN e SSR.

FSN (*Fondo Sanitario Nazionale*). Dotazione finanziaria complessiva con cui lo Stato finanzia il SSN, ripartita tra le Regioni.

GDPR (*General Data Protection Regulation*). Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali, che disciplina anche il trattamento dei dati sanitari.

GIMBE (*Fondazione GIMBE*). Fondazione indipendente che produce analisi e rapporti sul SSN, uso delle risorse, liste d'attesa, ecc.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Virus dell'immunodeficienza umana.

HL7 (*Health Level Seven*). Organizzazione internazionale e insieme di standard per lo scambio di informazioni sanitarie (HL7 v2, CDA, FHIR, ecc.).

HPV (*Human Papilloma Virus*). Virus responsabile di varie patologie, incluso il carcinoma della cervice uterina; spesso citato in relazione agli screening.

- IA** (*Indice di Attrazione*). Indicatore di mobilità sanitaria che misura quanta parte della produzione di una Regione è erogata a pazienti non residenti.
- ICD** (*International Classification of Diseases*). Classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM, ICD-10, ICD-11), utilizzata per codifica diagnosi e procedure.
- IDA** (*Indice di Distanza Accettabile*). Indicatore che valuta la quota di mobilità “giustificata” dalla maggiore prossimità di un ospedale extraregionale rispetto a quello di residenza.
- IF** (*Indice di Fuga*). Misura la quota di ricoveri/prestazioni dei residenti erogata fuori Regione (mobilità passiva).
- INPS** (*Istituto Nazionale della Previdenza Sociale*). Ente previdenziale italiano, citato per aspetti di lavoro, malattia, invalidità, ecc.
- INT** (*Infrastruttura Nazionale per la Telemedicina*). Componente centrale, gestita da AGENAS, che raccorda le infrastrutture regionali di telemedicina e fornisce servizi comuni (autenticazione, interoperabilità, ecc.).
- IPAO** (*Indice di Potenziale Attrattività dell'Operatore*). Indicatore che misura l’attrattività di un singolo operatore/chirurgo rispetto a specifici interventi o specialità.
- IRCCS** (*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*). Struttura ospedaliera di alta specializzazione con compiti anche di ricerca.
- IRT** (*Infrastruttura Regionale per la Telemedicina*). Architettura regionale che eroga i servizi di telemedicina, interconnessa con l’INT nazionale.
- ISDI** (*Indice di Soddisfazione della Domanda Interna*). Indicatore che misura quanto la Regione riesce a soddisfare al proprio interno la domanda dei residenti.
- IST** (*Infezione Sessualmente Trasmissibile*). Categoria di infezioni trasmesse prevalentemente per via sessuale.
- LEA** (*Livelli Essenziali di Assistenza*). Insieme delle prestazioni e servizi che il SSN è tenuto a garantire in modo uniforme sul territorio nazionale.
- MDC** (*Major Diagnostic Category*). Macrocategoria diagnostica utilizzata nel sistema DRG per raggruppare i casi.
- MEF** (*Ministero dell'Economia e delle Finanze*). Ministero che, tra l’altro, concorre alla definizione del finanziamento del SSN.
- MMG** (*Medico di Medicina Generale*). Medico di famiglia convenzionato con il SSN.
- MNCS** (*Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione*). Sistema nazionale (in sviluppo) per classificare e stratificare la popolazione in base al bisogno di salute, a supporto di programmazione e allocazione delle risorse.
- NAS** (*Nuclei Antisofisticazioni e Sanità*). Reparti dei Carabinieri con funzioni di vigilanza in ambito sanitario e farmaceutico.
- NEA** (*Numero Europeo Armonizzato*). Numero telefonico armonizzato a livello UE; nel contesto sanitario, in particolare il 116117 per la continuità assistenziale non urgente.

NHS (*National Health Service*). Sistema sanitario pubblico del Regno Unito, spesso citato per confronti internazionali.

NRE (*Numero di Ricetta Elettronica*). Identificativo univoco della ricetta dematerializzata, usato per prenotazioni e tracciabilità.

NSG (*Nuovo Sistema di Garanzia*). Sistema nazionale di monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA che ha sostituito il vecchio sistema di “griglia LEA”.

NSIS (*Nuovo Sistema Informativo Sanitario*). Insieme dei flussi informativi nazionali che alimentano il monitoraggio del SSN.

OCT (*Optical Coherence Tomography*). Esame diagnostico per la valutazione delle strutture oculari, spesso presente tra le prestazioni specialistiche complesse.

PACU (*Post-Anesthesia Care Unit*). Unità di risveglio post-anestesia, dedicata alla sorveglianza e stabilizzazione del paziente dopo l'intervento.

PDTA (*Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale*). Percorso strutturato, multiprofessionale, che definisce le tappe di diagnosi, cura e follow-up per una specifica patologia o condizione.

PEC (*Posta Elettronica Certificata*). Sistema di posta elettronica con valenza legale equivalente alla raccomandata A/R.

PIC (*Lista di Presa in Carico*). Nel percorso chirurgico: lista in cui il paziente viene inserito quando l'indicazione all'intervento è posta ma non è ancora “operabile” (servono completamenti diagnostici/clinici); si entra in Lista di Attesa solo quando è pronto all'intervento.

PIL (*Prodotto Interno Lordo*). Indicatore macroeconomico usato per rapportare la spesa sanitaria alla ricchezza del Paese.

PLS (*Pediatra di Libera Scelta*). Pediatra convenzionato con il SSN per l'assistenza pediatrica di base.

PMA (*Procreazione Medicalmente Assistita*). Insieme delle tecniche di fecondazione assistita.

PNGLA (*Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa*). Documento di programmazione nazionale che definisce standard, strumenti e flussi per il governo delle liste di attesa (es. PNGLA 2025-2027).

PNLA (*Piano Nazionale Liste di Attesa*). Denominazione utilizzata per i precedenti piani nazionali sulle liste d'attesa (es. 2010, 2019-2021), antesignani dell'attuale PNGLA.

PNRR (*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*). Programma di investimenti e riforme finanziato da Next Generation EU, con una Missione specifica dedicata alla sanità (ospedali di comunità, COT, telemedicina, ammodernamento tecnologico).

PNT (*Piattaforma Nazionale di Telemedicina*). Piattaforma nazionale (in accordo con INT e IRT) per l'erogazione e il monitoraggio dei servizi di telemedicina.

PRGLA (*Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa*). Piano regionale che declina il PNGLA nel contesto del singolo SSR.

- PRLA** (*Piano Regionale Liste d'Attesa*). Denominazione utilizzata per precedenti cicli programmati regionali sulle liste d'attesa.
- PS** (*Pronto Soccorso*). Servizio di emergenza-urgenza ospedaliero.
- PUA** (*Punto Unico di Accesso*). Sportello fisico/telefonico/informatico integrato per l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.
- RAO** (*Raggruppamenti di Attesa Omogenei*). Strumento di classificazione delle prestazioni per gruppi omogenei di priorità, complessità e appropriatezza, per guidare la prescrizione e l'accesso (ambulatoriale e, più recentemente, ricoveri).
- RCA** (*Root Cause Analysis*). Metodologia strutturata di analisi delle cause profonde di un evento avverso o di una criticità organizzativa.
- RUAS** (*Responsabile Unico dell'Assistenza Sanitaria*). Figura apicale prevista dalle norme recenti per il governo unitario di liste d'attesa, livelli essenziali e percorsi di tutela a livello regionale o aziendale.
- SMS** (*Short Message Service*). Servizio di messaggistica testuale, utilizzato per inviare promemoria, conferme e disdette di appuntamenti.
- SSN** (*Servizio Sanitario Nazionale*). Sistema pubblico di tutela della salute in Italia, finanziato prevalentemente dalla fiscalità generale.
- SSR** (*Servizio Sanitario Regionale*). Articolazione regionale del SSN, che organizza ed eroga l'assistenza nel proprio territorio.
- TAC** (*Tomografia Assiale Computerizzata*). Esame radiologico tridimensionale, ad alta tecnologia, con forte impatto sulle liste d'attesa.
- TI** (*Terapia Intensiva*). Unità ospedaliera ad alta intensità di cura per pazienti critici.
- TSRM** (*Tecnico Sanitario di Radiologia Medica*). Professionista sanitario abilitato all'esecuzione di indagini radiologiche e di diagnostica per immagini.
- XML** (*eXtensible Markup Language*). Linguaggio di marcatura usato per rappresentare dati strutturati (es. tracciati di monitoraggio, SAD PNGLA).
- XSD** (*XML Schema Definition*). Schema che definisce la struttura, i tipi di dato e le regole di validazione per i documenti XML.

Questo LIBRO



ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:

www.francoangeli.it/opinione



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR
Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche
Didattica, scienze
della formazione
Economia,
economia aziendale
Sociologia
Antropologia
Comunicazione e media
Medicina, sanità



Architettura, design,
arte, territorio
Informatica, ingegneria
Scienze
Filosofia, letteratura,
linguistica, storia
Politica, diritto
Psicologia, benessere,
autoaiuto
Efficacia personale
Politiche
e servizi sociali

FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

L'accesso alle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale è ancora oggi un percorso sempre più complesso, spesso percepito dai cittadini come un itinerario incerto e frammentato. Al centro di questa dinamica si collocano le liste di attesa che non rappresentano solo strumenti di regolazione, ma veri indicatori della capacità del sistema di garantire il diritto costituzionale alla salute.

Questo volume offre una lettura pratica delle cause strutturali che alimentano l'allungamento dei tempi, intrecciando il quadro normativo con la realtà operativa dei servizi. Dalla funzione clinico-amministrativa della ricetta medica ai criteri del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), dalla medicina difensiva all'inappropriatezza prescrittiva, fino al delicato equilibrio tra attività istituzionale e libera professione intramuraria, il testo ricomponete un fenomeno complesso con metodo e profondità.

Vengono illustrati gli strumenti organizzativi che possono restituire tempestività ed equità ai percorsi di cura: i PDTA e la gestione delle agende dei professionisti sanitari, la rete territoriale ridisegnata dal D.M. 77/2022, il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, la telemedicina, l'ospedale virtuale e le proposte di soluzioni di intelligenza artificiale per il governo delle liste di attesa.

Privilegiando il punto di vista del cittadino, emerge un approccio sistematico al governo delle liste di attesa che richiede una strategia multilivello fondata su trasparenza, tracciabilità, tutela e innovazione. Trasformare il tempo dell'attesa in tempo restituito alla cura diventa, così, il primo obiettivo di un Servizio Sanitario Nazionale capace di garantire percorsi di cura appropriati, equi ed universalistici.

Un'opera essenziale per dirigenti, professionisti sanitari e amministrativi che desiderano comprendere e governare uno dei nodi più critici della sanità pubblica italiana.

Iole Fantozzi è dirigente generale del Dipartimento per l'Inclusione Sociale, la Sussidiarietà e il Welfare di Comunità della Regione Calabria, già subcommissario per l'Attuazione del Piano di Rientro dai Disavanzi del SSR Calabria.

Sisto Milito è direttore del Distretto Sanitario Cosenza-Savuto dell'ASP di Cosenza, presidente CARD Calabria, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (Società Scientifica delle Attività Sociosanitarie Territoriali).

Marco Pingitore è dirigente psicologo presso il Centro di Salute Mentale dell'ASP di Crotone, esperto in sanità digitale e management dei servizi.