

VARIA

FLAVIO PARENTE

Università degli Studi di Genova

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2645-3353>

e-mail: flaviopar92@gmail.com.

IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA IN SANITA': IL PANORAMA LEGISLATIVO ITALIANO

Riassunto: Nel settore sanitario, le liste di attesa, ovvero gli elenchi delle prestazioni prenotate, perseguono l'obiettivo funzionale di garantire appropriatezza delle prescrizioni, organizzazione, equità e tempestività nell'accesso alle prestazioni sanitarie, ottimizzando le risorse disponibili. Il Decreto Legge n. 73 del 7 giugno 2024, convertito nella Legge n. 107 del 29 luglio 2024, in linea con tale piano, rafforza l'assetto complessivo del sistema sanitario, orientandolo ulteriormente verso un modello digitale, trasparente e user-friendly, attraverso strumenti concreti volti a migliorare l'accesso alle cure, ridurre i tempi di attesa e aumentare l'efficienza della struttura organizzativa.

Parole chiave: lista d'attesa, obiettivi funzionali, modifiche legislative, rafforzamento del sistema sanitario

MANAGING WAITING LISTS: THE ITALIAN LEGISLATIVE LANDSCAPE

Abstract: In the healthcare sector, waiting lists, i.e. lists of booked services, pursue the functional objective of ensuring appropriate prescriptions, organisation, fairness and timely access to healthcare services, optimising available resources. Decree Law No. 73 of 7 June 2024, converted into Law No. 107 of 29 July 2024, in line with this plan, strengthens the overall framework of the healthcare system, further orienting it towards a digital, transparent and user-friendly model, through concrete tools aimed at improving access to care, reducing waiting times and increasing the efficiency of the organisational structure.

Keywords: waiting list, functional objectives; legislative changes, strengthening of the health-care system

1. La nozione di lista d'attesa e la normativa di riferimento

La lista d'attesa è l'elenco nel quale sono inserite le prestazioni sanitarie prenotate, indicando la data d'inserimento e quella di erogazione¹. Quest'ultima può essere una data prospettica, se consiste in una data teorica programmata a priori, cioè prima dell'erogazione della prestazione; oppure una data retrospettiva, qualora si tratti di una data reale, indicata a posteriori, ossia ad avvenuta erogazione della prestazione².

La gestione delle liste di attesa è una delle “criticità più pressanti” dell'attuale sistema sanitario, che compromette “fortemente l'accesso equo alle cure” e comporta tempi “lungi per visite specialistiche, esami diagnostici e interventi chirurgici”, spingendo sempre più i cittadini “verso il settore privato”, creando disparità nell'assistenza sanitaria e rischiando di incrementare notevolmente “le differenze socio-economiche” all'interno della società civile³.

Una delle cause strutturali che ha contribuito “all'allungamento delle liste d'attesa è la carenza di personale medico e infermieristico”, dato che il “blocco del turnover e i pensionamenti hanno drasticamente ridotto il numero di specialisti disponibili, limitando l'offerta di servizi sanitari pubblici”⁴.

Negli anni, il quadro complessivo è stato ulteriormente deteriorato dal ridotto finanziamento della sanità, che spesso ha limitato “l'espansione dei servizi e il miglioramento dell'efficienza”, e dalla disparità organizzativa tra le varie realtà regionali⁵.

Perciò, la ragione di una normativa di governo delle liste d'attesa è nell'esigenza di perseguire l'obiettivo funzionale dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa, di equità e tempestività di accesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie, ottimizzando le risorse disponibili⁶.

In forza dell'art. 1, l. 23 dicembre 2005, n. 266, la gestione delle liste d'attesa ha fondamento in un'Intesa Stato-Regioni, a cui partecipa anche il Ministero della Salute, per la redazione del Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) mediante il quale sono fornite le linee d'indirizzo alle singole regioni per redigere un proprio Piano regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA)⁷, entro sessanta giorni dall'emanazione del PNGLA⁸.

¹ F. Parente, *Il Management Sanitario e la Direzione Medica in Sanità Pubblica. Aree tematiche, fonti normative e modelli applicativi*, Cacucci Editore, Bari 2024, p. 67.

² In tema, v. F. Mastrilli, *Il Governo Tecnico dell'Ospedale. Manuale di sopravvivenza per la direzione ospedaliera*, Panorama della Sanità, Roma 2011².

³ M.V. Di Sangro, *Liste d'attesa, il vero ostacolo per l'accesso alla sanità pubblica*, 14 febbraio 2025, <https://www.i-com.it/2025/02/14/>.

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem.

⁶ Sul punto, cfr. M.N.V. Ferrante, *La sanità ospedaliera. Manuale tecnico operativo*, Idelson Gnocchi, Napoli 2021.

⁷ Per l'individuazione delle aree tematiche delineate nei due piani, v. *sub* § 2.

⁸ Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, *Disposizioni per il governo delle liste d'attesa nel Servizio Sanitario Nazionale*.

Il piano regionale, a sua volta, serve alle singole strutture sanitarie della regione per redigere, entro sessanta giorni, un Programma attuativo aziendale (PAA) e rendere operative le indicazioni sia nazionali che regionali⁹.

In base al d.P.C.M. del 16 aprile 2002¹⁰, la responsabilità della gestione delle liste d'attesa di una struttura sanitaria fa capo al direttore generale, il quale può delegare il direttore sanitario. Quest'ultimo, alla luce della l. 23 dicembre 1994, n. 724 e della l. 7 agosto 1990, n. 241, è responsabile del registro delle prenotazioni delle prestazioni¹¹, ovvero dell'agenda informatizzata o cartacea per la gestione del calendario delle prenotazioni¹².

2. Il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) e il Piano regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA)

Il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa¹³ e il Piano regionale di governo delle liste d'attesa¹⁴ contengono le seguenti aree tematiche:

- L'elenco e i tempi massimi d'attesa delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera.
- Le aree cardiovascolare e oncologica, quali aree prioritarie per lo sviluppo di adeguati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento integrato multispecialistico e multidisciplinare.
- L'obbligo d'indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il quesito diagnostico, se trattasi di prestazioni in primo accesso, o la classe di priorità, se trattasi di accesso successivo e per le prestazioni in primo accesso. L'indicazione del quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta, da parte del medico, di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta. Nelle prescrizioni dev'essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico, ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o di prestazione successiva al primo

⁹ Sul punto, v. *sub* § 3.

¹⁰ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) 16 aprile 2002, *Attribuzione delle responsabilità in materia di gestione delle liste d'attesa nelle strutture sanitarie*.

¹¹ Legge 23 dicembre 1994, n. 724, *Modifiche al sistema sanitario nazionale*.

¹² Legge 7 agosto 1990, n. 241, *Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*.

¹³ Intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA).

¹⁴ Per la Regione Liguria, cfr. *Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa*, Bollettino Ufficiale Regione Liguria, 2023.

accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, *follow up*). Quindi, le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

- Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, vengono definite le seguenti classi di priorità: U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; B (Breve), da eseguire entro 10 giorni; D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; P (Programmata), da eseguire entro 120 giorni.
- La separazione tra i primi accessi e gli accessi successivi sia nella fase di prenotazione sia in quella di erogazione della prestazione.
- La valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero¹⁵.
- La gestione trasparente e la totale visibilità delle agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Tutte le agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per classi di priorità¹⁶.
- I monitoraggi basati sul presupposto che tutte le agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP: monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale; monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale; monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale; monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione; monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche; monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) per conto e a carico dell'utente; monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa; monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP¹⁷.

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi vengono pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute e sono impiegati anche per valutare il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

- La possibilità di acquisto delle prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.
- La definizione del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, che, come strumento di governo della

¹⁵ Cfr. C. De Rossi Re, *Nasce la Piattaforma Nazionale per le Liste di Attesa (PNLA): come orientarsi tra tempi, priorità e (domani) strutture sanitarie*, <https://www.sanitainformazione.it>.

¹⁶ P.R. Boscolo, L. Fenech, L. Giudice e A. Rotolo, *I Sistemi CUP come perno centrale: modelli, trasformazioni e innovazioni*, in: AA.VV., *Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, Egea, Milano 2022, p. 69 ss.

¹⁷ *Ibidem*, p. 73 ss.

domanda, ha l'obiettivo di garantire un'appropriatezza prescrittiva, differenziando i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, in base a criteri clinici espliciti mediante l'identificazione di "parole-chiave" per ciascun gruppo di priorità clinica, alle quali sono associate a priori, cioè al momento stesso della prescrizione della prestazione, i tempi di attesa ritenuti adeguati.

- L'attivazione di modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino-utente non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione (cosiddetti "percorsi di tutela").
- L'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti. In genere, come tempo per la comunicazione della disdetta, viene indicato l'intervallo delle 12–48 ore precedenti all'appuntamento. In caso di mancata disdetta, dovrebbero essere previste sanzioni, come, ad esempio, il pagamento del *ticket*, a meno che non vi siano giustificativi che abbiano costituito un impedimento oggettivo per il paziente nel recarsi nella data prenotata (ad esempio, ricovero o accesso in pronto soccorso, calamità naturale, sciopero dei mezzi pubblici, malattia, ciclo mestruale nella donna, ecc.). Tali giustificativi andrebbero presentati entro i 30 giorni successivi alla data di mancata disdetta.
- Lo sviluppo di un sistema di CUP *online* aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive.
- L'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità.
- La vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale.
- La vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e sulle relative sanzioni amministrative, come da art. 1, commi 282 e 284, l. n. 266/2005¹⁸.

3. Il Programma attuativo aziendale (PAA)

Il Programma attuativo aziendale (PAA) provvede:

- ad individuare gli ambiti territoriali di garanzia, per le prestazioni di primo accesso, nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata nell'ambito territoriale di garanzia (ad esempio, perché non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche), viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino;

¹⁸ F. Parente, *Il Management Sanitario e la Direzione Medica in Sanità Pubblica*, op. cit., p. 68 ss.

- a definire le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni ad almeno il 90% dei pazienti;
- ad attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
- a garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP¹⁹;
- a garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle classi di priorità, obbligatorietà del quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- a monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- a definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa, assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- a garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni, utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti *Web* aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);
- a fornire alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;
- a indicare i percorsi alternativi o le azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità²⁰.

4. Le liste d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Il centro unico di prenotazione (CUP) si occupa della gestione dei dati relativi alle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Per la gestione delle liste d'attesa ad esse correlate, le strategie che una direzione sanitaria può attuare sono le seguenti²¹:

- agire sull'offerta: prevedendo contratti a tempo indeterminato; dando premialità retributive ai medici che erogano prestazioni aggiuntive; aumentando le ore di lavoro del personale; richiamando medici in pensione;
- agire sulla domanda, mediante il controllo dell'appropriatezza prescrittiva con: indicazione sulla ricetta se trattasi di prima visita o meno; indicazione

¹⁹ P.R. Boscolo, L. Fenech, L. Giudice e A. Rotolo, *I Sistemi CUP come perno centrale: modelli, trasformazioni e innovazioni*, op. cit., p. 69 ss.

²⁰ F. Parente, *Il Management Sanitario e la Direzione Medica in Sanità Pubblica*, op. cit., p. 71 ss.

²¹ Sulla gestione *open access* delle liste d'attesa, cfr. C.R. Tomassini, *Liste di attesa in sanità. La soluzione dell'open access*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2019.

del quesito diagnostico; attribuzione di un codice di priorità corretto mediante l'utilizzo del manuale RAO;

- agire sull'organizzazione: creando i PDTA, sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come, ad esempio, durante la gravidanza e il parto; erogando prestazioni senza prenotazione; valutando *ex ante* la necessità d'incrementare l'offerta in base a determinati periodi dell'anno (ad esempio, mediante visite pneumologiche nella stagione invernale); prevedendo la possibilità di far prenotare ed erogare le prestazioni in *overbooking*; costituendo le liste di galleggiamento“ (una sorta di prelista in cui temporaneamente è inserito il paziente nel caso in cui gli *slot* di prenotazione per una determinata data fossero pieni; in caso di disdetta delle prenotazioni, i pazienti verranno estratti dalla lista di galleggiamento per essere inseriti nella lista d'attesa)²².

5. Le liste d'attesa dei ricoveri ospedalieri programmati e il percorso del paziente

L'ammissione in regime ordinario o in *Day-Hospital/Day Surgery*, quando non è urgente, rappresenta una decisione ponderata del paziente, che sceglie di essere ricoverato in ospedale in una data stabilita tramite una specifica lista di attesa²³.

Il ricovero è proposto da medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, previa approvazione dello specialista del reparto, che inserisce il nominativo nella lista di attesa della struttura.

Nel rispetto della l. n. 241/1990, gli erogatori mantengono, sotto la responsabilità del direttore sanitario, un registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri programmati.

Il direttore/responsabile della struttura identifica i soggetti interni autorizzati a registrare i dati. La procedura per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri definisce i soggetti che possono richiedere, decidere l'inserimento, inserire dati e apportare modifiche, nonché chi può consultare le agende e con quale finalità²⁴.

Durante la visita filtro, lo specialista ospedaliero valuta la prescrizione di proposta di ricovero effettuata con ricetta rossa e ne verifica l'appropriatezza relativamente al problema segnalato (valutazione clinica), alla pertinenza

²² F. Parente, *Il Management Sanitario e la Direzione Medica in Sanità Pubblica*, op. cit., p. 73 ss.

²³ Ibidem.

²⁴ Ibidem.

al regime di ricovero (valutazione organizzativa) e alla pertinenza strutturale (idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze, ecc.).

In caso di disaccordo con la richiesta di ricovero, lo specialista indica il livello di assistenza ritenuto appropriato, attivando direttamente, se concordato con il paziente, un diverso percorso assistenziale eventualmente anche presso altra struttura.

Lo specialista ospedaliero inserisce il paziente nel registro di ricovero (lista d'attesa) e, se necessario, nella "lista di presa in carico" per ulteriori indagini diagnostiche o trattamenti terapeutici prima dell'inserimento effettivo in lista d'attesa.

Per garantire trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, vengono fornite al cittadino informazioni sulla data di ricovero, sulla chiamata, sulla classe di priorità e sui tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste. La classe di priorità è assegnata considerando condizioni cliniche, prognosi, dolore e/o *deficit* funzionale e particolari condizioni da trattare entro certe tempistiche dichiarate dal medico curante.

Nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2019–2021 sono indicate le classi di priorità per i ricoveri ospedalieri, riprendendo le stesse del PNGLA 2010–2012, come da tabella seguente²⁵.

Tabella n. 1. Classi di Priorità dei ricoveri ospedalieri in base al PNGLA

Classi di priorità	Indicazioni
Classe A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque arrecare grave pregiudizio alla prognosi.
Classe B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o, ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio. Gravi disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
Classe C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
Classe D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Fonte: *Intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2019–2021.*

Descrizione: la tabella descrive le classi di priorità previste dal PNGLA 2019–2021, in merito ai ricoveri ospedalieri, distinguendo i casi che necessitano di cure nel breve termine, in quanto suscettibili di peggioramento clinico o della prognosi, dai casi che possono ricevere l'erogazione della prestazione di ricovero differita a tempi più lunghi, compatibilmente con il quadro clinico meno impattante nel breve periodo.

²⁵ Sul punto, v. l'Intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) per il periodo 2019–2021.

Il paziente in lista d'attesa è avvisato telefonicamente dal coordinatore infermieristico o dal medico del reparto e informato sulla data e sulle modalità di accesso al ricovero. L'ordine di chiamata tiene conto del livello di priorità clinica, dell'ordine cronologico di iscrizione e delle risorse necessarie. Quindi, a parità di data di inserimento in lista, prevale la priorità clinica; per contro, a parità di classe di priorità clinica, prevale la data di inserimento in lista.

In caso di rifiuto temporaneo o definitivo, il paziente entra nel "periodo di sospensione", senza perdere la priorità, calcolato automaticamente tramite algoritmi.

Il direttore/responsabile di struttura analizza mensilmente la percentuale di interventi di priorità A eseguiti rispetto al totale dei ricoveri programmati della stessa fascia di priorità. Il direttore sanitario monitora costantemente l'attribuzione corretta della classe di priorità, la gestione adeguata del tempo di attesa rispetto alla priorità e la corretta gestione dei pazienti che non procedono con il ricovero (*drop out*)²⁶.

6. Innovazioni legislative per una sanità più accessibile ed efficiente

Il 1 agosto 2024, con l'entrata in vigore del d.l. 7 giugno 2024 n. 73, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 132 del 7 giugno 2024, convertito nella l. 29 luglio 2024, n. 107, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 178 del 31 luglio 2024²⁷, il governo italiano ha compiuto un ulteriore passo avanti nel miglioramento del piano nazionale per contrastare le criticità delle liste d'attesa sanitarie²⁸. Le nuove misure si integrano con l'istituzione della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA)²⁹, già prevista dal decreto del 17 febbraio 2025³⁰, e rafforzano il disegno di un sistema più equo, trasparente e controllabile.

Il cuore del provvedimento è rappresentato dalla PNLA³¹, affidata ad Agenas – Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che diventa il nodo centrale

²⁶ F. Parente, *Il Management Sanitario e la Direzione Medica in Sanità Pubblica*, op. cit., p. 75.

²⁷ Cittadinanza Attiva, *Liste di attesa: cosa sapere e come agire*, 16 dicembre 2024, in <https://www.cittadinanzattiva.it>.

²⁸ Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 24 luglio 2024, n. 108, *Misure urgenti per il contrasto delle liste d'attesa e miglioramento della trasparenza e dell'efficienza nel Servizio Sanitario Nazionale*.

²⁹ La Piattaforma Nazionale per le Liste di Attesa (PNLA) è disponibile all'indirizzo: <https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/pnla>.

³⁰ Ministero della Salute, *Liste di attesa*, decreto 17 febbraio 2025, "Linee guida della Piattaforma nazionale delle liste di attesa e criteri di interoperabilità con le piattaforme regionali", <https://www.salute.gov.it>.

³¹ La PNLA è un sistema informativo nazionale che raccoglie e aggrega i dati forniti periodicamente da tutte le Regioni italiane. Al momento, il portale consente di consultare i dati aggregati sui tempi di attesa per alcune prestazioni sanitarie, suddivisi per classi di priorità (urgente, breve, differibile, programmata) (v. *sub* § 2). In seguito, quando sarà completata l'interoperatività con le piattaforme regionali, sarà possibile monitorare pure la disponibilità delle prestazioni in regime istituzionale e in attività libero-professionale intramuraria, i confronti dettagliati tra

per il monitoraggio in tempo reale delle code per le prestazioni sanitarie, ospedale per ospedale, su tutto il territorio nazionale³². Agenas ha anche il compito di verificare l'effettiva disponibilità delle agende di prenotazione, sia per il pubblico sia per i privati accreditati, e di controllare il rispetto dei percorsi di tutela previsti dal Piano nazionale³³. Viene, inoltre, introdotto un controllo sulla modulazione dei tempi di attesa in base alla priorità clinica, sull'appropriatezza delle prescrizioni e sull'attuazione della riorganizzazione delle cure territoriali. In caso di inefficienze o anomalie, Agenas può attivare specifici *audit* regionali. A supporto, si prevede pure l'utilizzo di piattaforme di intelligenza artificiale per migliorare il monitoraggio e l'appropriatezza dell'accesso alle cure.

L'utilizzo di piattaforme digitali, infatti, aiuta ad identificare i casi più urgenti e ad indirizzare i pazienti verso il percorso di cura più appropriato, mentre l'automazione delle prenotazioni tramite l'intelligenza artificiale "libera tempo prezioso per il personale sanitario, che può così concentrarsi su attività più critiche": la riduzione del carico burocratico può contribuire "ad una gestione più fluida e reattiva delle liste d'attesa"³⁴.

Un esempio significativo d'intelligenza sanitaria applicata allo smaltimento delle liste d'attesa è il progetto della Regione Liguria *Reg4/A*, selezionato dal Dipartimento per la Trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri come progetto-pilota nazionale, che prevede la Liguria come capofila, con l'adesione di altre Regioni (Piemonte, Sicilia, Lazio, Calabria, Molise, Basilicata) e della Provincia Autonoma di Trento³⁵.

Un'altra novità importante del decreto è l'introduzione del Rappresentante Unico Regionale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS), una figura incaricata di verificare volumi e tempi di attesa e segnalare le strutture che non rispettano i termini stabiliti. Si tratta di un organismo di controllo interno che, in caso di criticità, ha il compito di attivare i meccanismi correttivi nelle singole Regioni.

Sul fronte dell'accessibilità, l'intervento legislativo spinge per la creazione di Centri Unici di Prenotazione (CUP) regionali integrati, che unificano anche le agende delle strutture private accreditate. L'obiettivo è semplificare l'accesso alle prestazioni, superando le attuali frammentazioni e riducendo i tempi morti nella gestione delle prenotazioni³⁶.

In caso d'indisponibilità della prestazione nei tempi previsti dal CUP, il decreto introduce il cosiddetto meccanismo "salta-code": la prestazione viene

strutture e territori e la possibilità per l'utente di selezionare una prestazione e una Regione determinata per ottenere l'elenco delle strutture con i relativi dati di attesa [cfr. C. De Rossi Re, *Nasce la Piattaforma Nazionale per le Liste di Attesa (PNLA): come orientarsi tra tempi, priorità e (domani) strutture sanitarie*, <https://www.sanitainformazione.it>].

³² Per i profili operativi, cfr. il testo delle linee guida *Sanità: linee guida concernenti la Piattaforma nazionale delle liste di attesa*, <https://www.programmagoverno.gov.it>.

³³ M.V. Di Sangro, *Liste d'attesa, il vero ostacolo per l'accesso alla sanità pubblica*, op. cit.

³⁴ Governance, *Liste d'attesa in Sanità: digitale e tecnologie per vincere la sfida*, 5 marzo 2025, <https://www.healthtech360.it>.

³⁵ Ibidem.

³⁶ I. Maroccia, F. Scinetti e G. Turati, *La questione aperta delle liste d'attesa*, Università Cattolica del Sacro Cuore, 28 giugno 2024, <https://osservatoriocpi.unicatt.it>.

erogata presso una struttura privata o in regime di intramoenia, a carico della ASL, senza spese per il cittadino.

Per aumentare l'efficienza del sistema, s'introduce pure un meccanismo di responsabilizzazione dell'utente: chi non disdice la prenotazione almeno due giorni lavorativi prima e non si presenta all'appuntamento, anche se esente, è tenuto a pagare il ticket. In parallelo, viene ampliata la disponibilità oraria delle prestazioni: visite specialistiche e diagnostiche possono essere erogate persino il sabato, la domenica e in orari prolungati, con l'apertura straordinaria anche dei centri trasfusionali.

Nel complesso, queste misure rafforzano il disegno di un sistema sanitario digitale, trasparente, equo e orientato all'utente³⁷, con strumenti concreti per migliorare l'accesso alle cure, ridurre le attese e aumentare l'efficienza³⁸. L'efficacia del piano dipenderà ora dalla rapida esecuzione dei decreti attuativi e dall'effettiva collaborazione delle Regioni alla messa a regime del nuovo modello.

BIBLIOGRAFIA

- Boscolo P.R., Fenech L., Giudice L. e Rotolo A., *I Sistemi CUP come perno centrale: modelli, trasformazioni e innovazioni*, in AA.VV, *Liste e tempi di attesa in sanità. Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, Egea, Milano 2022.
- Cittadinanza Attiva, *Liste di attesa: cosa sapere e come agire*, 16 dicembre 2024, <https://www.cittadinanzattiva.it>.
- De Rossi Re C., *Nasce la Piattaforma Nazionale per le Liste di Attesa (PNLA): come orientarsi tra tempi, priorità e (domani) strutture sanitarie*, <https://www.sanitainformazione.it>.
- Di Sangro M.V., *Liste d'attesa, il vero ostacolo per l'accesso alla sanità pubblica*, 14 febbraio 2025, <https://www.i-com.it/2025/02/14/>.
- Ferrante M.N.V., *La sanità ospedaliera. Manuale tecnico operativo*, Idelson Gnocchi, Napoli 2021.
- Governance, *Liste d'attesa in Sanità: digitale e tecnologie per vincere la sfida*, 5 marzo 2025, <https://www.healthtech360.it>.
- Intesa Stato-Regioni sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) (Aggiornamento triennale che definisce le linee guida nazionali per la gestione e il monitoraggio delle liste d'attesa nelle Regioni, con riferimenti specifici al triennio 2019–2021).
- Maroccia I., Scinetti F. e Turati G., *La questione aperta delle liste d'attesa*, Università Cattolica del Sacro Cuore, 28 giugno 2024, <https://osservatoriocpi.unicatt.it>.
- Mastrilli F., *Il Governo Tecnico dell'Ospedale. Manuale di sopravvivenza per la direzione ospedaliera*, Panorama della Sanità, Roma 2011².
- Ministero della Salute, *Liste di attesa*, decreto 17 febbraio 2025, *Linee guida della Piattaforma nazionale delle liste di attesa e criteri di interoperabilità con le piattaforme regionali*, <https://www.salute.gov.it>.
- Parente F., *Il Management Sanitario e la Direzione Medica in Sanità Pubblica. Aree tematiche, fonti normative e modelli applicativi*, Cacucci Editore, Bari 2024.
- Regione Liguria, *Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa*, Bollettino Ufficiale Regione Liguria 2023.

³⁷ Una maggiore dotazione di strutture tecnologicamente avanzate e una più intensa digitalizzazione dei servizi sanitari, infatti, può migliorare la gestione delle prenotazioni e ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili (cfr. M.V. Di Sangro, *Liste d'attesa, il vero ostacolo per l'accesso alla sanità pubblica*, op. cit.).

³⁸ C. De Rossi Re, *Nasce la Piattaforma Nazionale per le Liste di Attesa (PNLA): come orientarsi tra tempi, priorità e (domani) strutture sanitarie*, op. cit.

- Sanità: linee guida concernenti la Piattaforma nazionale delle liste di attesa*, <https://www.programmagoverno.gov.it>.
- Decreto 17 febbraio 2025, “Istituzione della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA)” (Definizione delle modalità operative e di controllo centralizzato delle liste d’attesa su scala nazionale).
- Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 24 luglio 2024, n. 108, “Misure urgenti per il contrasto delle liste d’attesa e miglioramento della trasparenza e dell’efficienza nel Servizio Sanitario Nazionale” (Introduzione della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa – PNLA, ruolo di Agenas e nuove misure per il monitoraggio e la gestione trasparente delle liste).
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, “Disposizioni per il governo delle liste d’attesa nel Servizio Sanitario Nazionale” (Fondamento legislativo per l’Intesa Stato-Regioni e l’istituzione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d’Attesa – PNGLA).
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) 16 aprile 2002, “Attribuzione delle responsabilità in materia di gestione delle liste d’attesa nelle strutture sanitarie” (Definisce la responsabilità del direttore generale e del direttore sanitario nella gestione delle liste d’attesa).
- Legge 23 dicembre 1994, n. 724, “Modifiche al sistema sanitario nazionale” (Attribuzione di responsabilità al direttore sanitario nella gestione delle prenotazioni e dei registri sanitari).
- Legge 7 agosto 1990, n. 241, “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” (Disciplina degli obblighi di trasparenza e responsabilità nelle procedure amministrative, applicata anche alla gestione delle liste d’attesa).