



CORTE DEI CONTI

SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO

L'ATTUAZIONE DELLE MISURE FINALIZZATE A RIDURRE LE LISTE DI ATTESA

Deliberazione 13 ottobre 2026, n. 54/2026/G



CORTE DEI CONTI



CORTE DEI CONTI

SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO

**L'ATTUAZIONE DELLE MISURE FINALIZZATE A
RIDURRE LE LISTE DI ATTESA**

Relatore: Giampiero PIZZICONI

Hanno collaborato per l'istruttoria e l'elaborazione dei dati: Angelina Fabiano, Immacolata Valentino, Roberta Onorati

DELIBERAZIONE



CORTE DEI CONTI

SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO

Collegi congiunti

Adunanza del 1° ottobre 2026

e Camera di consiglio del 1° ottobre 2026

Presieduta dal Presidente aggiunto Massimiliano Minerva

Composta dai magistrati:

Presidente aggiunto della Sezione: Massimiliano MINERVA

Consiglieri: Paola COSA, Carlo PICUNO, Michele SCARPA, Gerardo de MARCO, Massimo BALESTIERI, Fabia D'ANDREA, Giampiero PIZZICONI, Maria Rita MICCI, Giuseppina VECCIA, Giuseppe VICANOLO

Primi Referendari: Salvatore GRASSO, Simonetta INGROSSO, Emanuele PETRONIO, Stefania GAMBARDELLA.

* * *

Visto l'art. 100, comma 2, Cost.;

Vista la l. 14 gennaio 1994, n. 20 e, in particolare, l'art. 3, c. 4, ai sensi del quale la Corte dei conti svolge il controllo sulla gestione delle amministrazioni pubbliche, verificando la corrispondenza dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge e valutando comparativamente costi, modi e tempi dello svolgimento dell'azione amministrativa;

Vista la deliberazione della Sezione in data 4 marzo 2025, n. 40/2025/G, con la quale è stato approvato il programma di controllo sulla gestione per l'anno 2025 e nel contesto triennale;

Vista la relazione, presentata dal Consigliere Giampiero Pizziconi, che illustra gli esiti dell'indagine condotta in merito a *"L'attuazione delle misure finalizzate a ridurre le liste di attesa"*;

Visto il decreto n. 5/2026, con cui i Magistrati assegnati alla Sezione medesima sono stati ripartiti tra i diversi Collegi;

Vista l'ordinanza n. 20/2026 dell'8 settembre 2026, con la quale il Presidente della Sezione ha convocato in Adunanza pubblica i Collegi congiunti per il giorno 1° ottobre 2026 al fine della pronuncia sulla gestione in argomento;

Vista la nota prot. n. 3551 dell'8 settembre 2026 con la quale il Servizio di segreteria per le adunanze ha dato avviso dell'adunanza pubblica alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

Vista la nota prot. n. 3548 dell'8 settembre 2026 con la quale il Servizio di segreteria per le adunanze, ha trasmesso la suddetta nota e il rapporto in oggetto ai seguenti uffici:

- *Ministero della salute:*

Ufficio di Gabinetto del Ministro;

Segreteria tecnica;

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco, delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale;

Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria;

Direzione generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale;

Dipartimento dell'amministrazione generale delle risorse umane e del bilancio;

Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR;

- *Ministero dell'economia e delle finanze:*

Ufficio centrale di bilancio presso il Ministero della salute;

- *Agenas:*

Direzione generale;

Vista la nota prot. n. 3551 dell'8 settembre 2026 con la quale il Servizio di segreteria per le adunanze ha dato avviso dell'adunanza pubblica alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

Vista la memoria:

nota prot. n. 10402 del 23 settembre 2026 di Agenas, acquisita al prot. n. 3722 del 23 settembre 2026;

nota prot. n. 16036 del 23 settembre 2026 del Ministero della salute – Dipartimento per la programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco, delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, acquisita al prot. n. 3736 del 23 settembre 2026;

Udito il relatore, Consigliere Giampiero Pizziconi;

Uditi, in rappresentanza delle amministrazioni convocate:

per il Ministero della salute:

Ufficio di Gabinetto del Ministro, Dott. Marco MATTEI, Capo di Gabinetto;

Segreteria tecnica, Prof. Nicola BONACCINI, Capo segreteria;

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco, delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale, Prof. Francesco Saverio MENNINI, Capo Dipartimento;

Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria, Dott. Walter BERGAMASCHI, Direttore generale;

Dipartimento dell'amministrazione generale delle risorse umane e del bilancio, Dott. Achille IACHINO, Direttore generale dell'Unità di missione del PNRR, e Dott. Gianluca ALTAMURA, Dirigente;

per il Ministero dell'economia e delle finanze:

Ufficio centrale di bilancio presso il Ministero della salute, Dott. Riccardo GAVASCI, Dirigente Uff. I;

per l'Agenzia AGENAS:

Direzione generale, Dott. Angelo TANESE, Direttore generale, e Dott.ssa Maria Pia RANDAZZO, Dirigente responsabile piattaforma liste d'attesa;

DELIBERA

di approvare, con le modifiche apportate dal Collegio in Camera di consiglio, la relazione concernente *“L'attuazione delle misure finalizzate a ridurre le liste di attesa”*.

La presente deliberazione e l'unita relazione saranno inviati, a cura della Segreteria della Sezione, alla Presidenza del Senato della Repubblica e alla Presidenza della Camera dei deputati, alla Presidenza della Commissione Bilancio del Senato della Repubblica, alla Presidenza della Commissione Bilancio della Camera dei deputati, alla Presidenza del Consiglio dei ministri, al Ministro dell'Economia e delle finanze, al Ministro della salute,

nonché alle seguenti amministrazioni:

- *Ministero della salute:*

Ufficio di Gabinetto del Ministro;

Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco, delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale;

Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria;

Direzione generale delle professioni sanitarie e delle politiche in favore del Servizio sanitario nazionale;

Dipartimento dell'amministrazione generale delle risorse umane e del bilancio;

Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR;

- *Ministero dell'economia e delle finanze:*

Ufficio centrale di bilancio presso il Ministero della salute;

- *Agenas:*

Direzione generale.

Le amministrazioni interessate comunicheranno alla Corte e al Parlamento, entro sei mesi dalla data di ricevimento della presente relazione, le misure consequenziali adottate ai sensi dell'art. 3, c. 6, l. 14 gennaio 1994, n. 20, come modificato dall'art. 1, c. 172, l. 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006).

Le medesime, ove ritengano di non ottemperare ai rilievi formulati, adotteranno, entro trenta giorni dalla ricezione della presente relazione, l'eventuale provvedimento motivato previsto dall'art. 3, c. 64, l. 24 dicembre 2007, n. 244.

La presente deliberazione è soggetta a obbligo di pubblicazione, ai sensi dell'art. 31 d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (concernente il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni").

La presente relazione è inviata, altresì, alle Sezioni riunite in sede di controllo.

RELATORE

Giampiero Pizziconi

f.to digitalmente

PRESIDENTE

Massimiliano Minerva

f.to digitalmente

Depositata in segreteria il 13 ottobre 2026

DIRIGENTE

Dott.ssa Anna Maria Guidi

f.to digitalmente

RELAZIONE

SOMMARIO

SINTESI	15
1 OBIETTIVO E METODOLOGIA DELLA INDAGINE	17
1.1 Premessa	17
1.2 Obiettivi e metodologia della indagine	18
2 QUADRO NORMATIVO, PROGRAMMATICO E FINANZIARIO RELATIVO ALLA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA	23
2.1 Il quadro normativo	23
2.2 Il quadro programmatico	26
2.2.1 Il Documento di Finanza pubblica 2026	26
2.3 Il quadro finanziario	29
2.3.1 Il quadro finanziario complessivo delle risorse destinate alla riduzione delle liste di attesa nel periodo 2022-2028	34
2.4 Quadro normativo, programmatico e finanziario: considerazioni	36
3 LE MISURE ADOTTATE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA E LORO ATTUAZIONE	37
3.1 Le cause che incidono sulla formazione delle liste di attesa	37
3.2 Le misure per la riduzione delle liste di attesa contenute nel decreto legge n. 73/2024	38
3.3 Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)	39
3.4 La Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA)	43
3.5 Il Modello nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione (MCS)	50
3.6 L'Organismo di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (OVCAS)	52
3.7 Gli adeguamenti del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e gli adempimenti in materia di assunzioni	58
3.8 L'assistenza territoriale e la riduzione delle liste di attesa	66
3.9 Le misure attuative per la riduzione delle liste di attesa riconducibili al PNRR	71
3.10 Le misure adottate per la riduzione delle liste di attesa: considerazioni	74
4 MONITORAGGIO DELLE MISURE E DEGLI STRUMENTI PREVISTI PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA	77
4.1 Il monitoraggio delle misure e degli strumenti finalizzati alla riduzione delle liste di attesa	77
4.2 Il monitoraggio delle risorse finanziarie	77
4.3 Il monitoraggio delle prestazioni sanitarie e gli indicatori di riferimento	84
4.4 Il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA).	95
4.5 Il monitoraggio delle misure sanzionatorie	100
4.6 Il monitoraggio della riforma sull'assistenza territoriale	104
4.7 Il monitoraggio delle misure del PNRR	106
4.8 Monitoraggio delle misure e degli strumenti previsti per la riduzione delle liste di attesa: considerazioni	109
5 ESITI DEL CONTRADDITTORIO CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	111
5.1 Esiti del contraddittorio	111

5.2	Conclusioni	113
5.3	Raccomandazioni	117

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1	Spesa sanitaria effettiva e rapporto % con il PIL	27
Tabella 2	Spesa sanitaria tendenziale e rapporto % con il PIL	27
Tabella 3	Quota FSN per riduzione liste attesa mediante assunzioni - triennio 2026-2028 (importi in milioni di euro)	33
Tabella 4	Finanziamenti destinati al recupero dei ritardi sulle liste di attesa 2022-2028	35
Tabella 5	PNGLA 2019-2021 e PNGLA 2026-2028 a confronto	42
Tabella 6	Cronoprogramma PNLA	45
Tabella 7	Provvedimenti di istituzione Unità di gestione/RUAS e stato di aggiornamento relazioni trimestrali ex articolo 2, comma 5 del decreto n. 73/2024 (al 23 settembre 2026)	56
Tabella 8	Esito dei riscontri in merito all'attività erogata durante i fine settimana e con fascia oraria prolungata	62
Tabella 9	Milestone della misura PNRR: M6C1R1.1 relativa alla riforma dell'assistenza territoriale	66
Tabella 10	Interventi del PNRR che possono influire sulla tematica relativa alla riduzione delle liste di attesa	72
Tabella 11	Quadro complessivo delle risorse per gli anni 2022-2025: stanziare, finalizzate, utilizzate e non utilizzate (in euro)	79
Tabella 12	Risorse stanziare a livello statale e finalizzate dalle Regioni e Province autonome alla riduzione delle liste di attesa per gli anni 2022-2025	82
Tabella 13	Regioni e Province autonome. Utilizzo risorse disponibili per la riduzione delle liste di attesa. Anni 2022 -2025	83
Tabella 14	Variazioni delle prescrizioni mediche per Regione periodo 2024-2025	88
Tabella 15	Prestazioni specialistica ambulatoriale (totale Italia codice Fare)	89
Tabella 16	Prestazioni di specialistica ambulatoriale per Regioni (2019-2024)	89
Tabella 17	Valutazioni adempimento H.1., H.2, H.3 (anno 2022)	93
Tabella 18	Indicatore D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. La soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%	99
Tabella 19	Indicatore D11Z- Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	99
Tabella 20	Applicazione da parte della Regione Calabria delle disposizioni di cui all'art. 3, comma 13, del decreto-legislativo n. 124/1998	102
Tabella 21	Quadro complessivo delle misure del PNRR Ministero Salute che impattano sulla riduzione delle liste di attesa (in euro)	107

INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1	Avanzamento delle misure PNRR del Ministero salute in relazione all'utilizzo delle risorse assegnate per ridurre le liste di attesa	108
-----------	---	-----

SINTESI

L'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN) e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito LEA), anche in considerazione dell'aumento della domanda di prestazioni.

La presente indagine III.2/2025 di cui alla Deliberazione n. 40/2025 del 4 marzo 2025 concernente: " L'attuazione delle misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa" si pone l'obiettivo di verificare l'adeguatezza dell'azione amministrativa del Ministero della salute non solo con riguardo alle misure adottate, finalizzate a ridurre le liste di attesa, ma anche a monitorare l'utilizzo dei finanziamenti previsti per conseguire tale obiettivo dando seguito all'attività di controllo della Sezione.

L'analisi del quadro normativo e programmatico ha evidenziato come il tema della riduzione delle liste di attesa sia ormai da anni collocato tra le priorità strategiche del Servizio sanitario nazionale.

Nel tempo si è assistito ad una progressiva stratificazione di disposizioni legislative, atti programmatici e interventi finanziari la cui attuazione, tuttavia, non ha sempre trovato una corrispondente capacità realizzativa da parte del sistema sanitario nel suo complesso.

Particolarmente rilevante appare il dato finanziario. Nel periodo 2022-2025 lo Stato ha destinato ingenti risorse economiche, circa 1.845 milioni di euro alla riduzione delle liste di attesa, confermando la rilevanza attribuita alla problematica. Tuttavia, dall'analisi dei dati acquisiti emerge come l'effettivo utilizzo delle risorse non risulti ancora pienamente soddisfacente e come in diversi casi le disponibilità finanziarie non si siano tradotte con la necessaria rapidità in un incremento strutturale dell'offerta sanitaria.

Il decreto-legge 7 giugno 2024 n. 73 rappresenta il più rilevante tentativo di riforma organica della materia realizzato negli ultimi anni attraverso l'introduzione di un modello di governance maggiormente centralizzato rispetto al passato e fondato sulla disponibilità di informazioni tempestive, sulla digitalizzazione dei processi e sul rafforzamento dei poteri di coordinamento e verifica seppur le risultanze istruttorie mostrino come gran parte delle innovazioni previste si trovi ancora in una fase di implementazione e che alcuni strumenti introdotti non hanno ancora raggiunto una piena operatività. Significativa appare la circostanza che il successo della riforma risulti fortemente dipendente dalla collaborazione tra Stato e Regioni e Province autonome e che il sistema di monitoraggio attualmente esistente continui a presentare elementi di fragilità derivanti dalla pluralità dei soggetti coinvolti e dalla non uniforme qualità dei dati trasmessi.

L'indagine ha inoltre confermato come una delle principali cause del permanere delle

criticità sia rappresentata dalla carenza di personale sanitario e dalle crescenti difficoltà di reclutamento di figure professionali specialistiche. Le informazioni acquisite evidenziano infatti che, in numerosi contesti territoriali, le capacità produttive del sistema risultano limitate non tanto dall'assenza di risorse finanziarie quanto dalla difficoltà di reperire personale adeguato a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste.

Pur riconoscendo i progressi compiuti negli ultimi anni, la Sezione rileva che permangono difficoltà nel ricostruire con immediatezza il rapporto tra risorse assegnate, prestazioni effettivamente erogate e risultati ottenuti in termini di riduzione dei tempi di attesa seppur l'entrata a regime e l'implementazione continua della PNLA potrebbero contribuire a ridurre tale difficoltà conoscitiva.

1 – OBIETTIVI E METODOLOGIA DELLA INDAGINE

Sommario: 1.1 Premessa. - 1.2 Obiettivi e metodologia di indagine.

1.1 Premessa

La questione delle liste di attesa non è solo italiana; infatti, nel 2018 un rapporto della Commissione europea¹ aveva evidenziato come la durata dei tempi di attesa fosse fonte di preoccupazione “considerevole”, tranne in alcuni limitati casi, nella maggior parte dei paesi dell'Unione.

Nel rapporto veniva evidenziato come nei diversi paesi fossero stati adottati dei meccanismi finalizzati a consentire ai pazienti di poter esercitare il diritto a ricevere la prestazione medica entro tempistiche massime regolate dalla legge e che pur in presenza di tali prescrizioni il rispetto dei termini imposti veniva sovente disatteso.

Peraltro, anche studi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (di seguito OCSE²) hanno evidenziato in uno specifico report, come la questione dei tempi di attesa sia particolarmente sentita per i servizi sanitari della maggior parte dei paesi OCSE. Ritiene l'Organizzazione che ridurre il tempo che le persone devono aspettare per ottenere una consultazione con un medico di base, o un test diagnostico o un trattamento, “...può contribuire notevolmente a migliorare l'esperienza del paziente ed evitare un possibile deterioramento della sua salute. I governi di molti paesi hanno adottato varie misure per ridurre i tempi di attesa, spesso supportate da finanziamenti aggiuntivi, con alterne fortune”.

Nel report si evidenzia come i dati raccolti siano poco uniformi in quanto i tempi di attesa per il trattamento facoltativo, che di solito è l'attesa più lunga, “...si sono arrestati negli ultimi dieci anni in molti paesi e hanno iniziato ad aumentare di nuovo in altri”³.

Nel recente *Country Report Italia*, pubblicato dalla Commissione europea il 3 giugno 2026, emerge l'esigenza per il nostro Paese di migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria in considerazione, come viene evidenziato, che “**l'accesso all'assistenza sanitaria è diminuito negli ultimi anni**. Nel 2024, il 9,9% della popolazione (in aumento rispetto al 6,3% del 2019) ha dichiarato di aver rinunciato a cure mediche necessarie (ISTAT) e il 6,8% ha indicato le lunghe liste d'attesa come motivo principale (in aumento rispetto al 2,8% del 2019). Inoltre, la spesa diretta a carico del paziente è significativamente più alta rispetto alla media UE (23,7% contro il 14,9% della spesa sanitaria totale nel 2023). Questo onere potrebbe essere sottovalutato, dato il crescente disagio economico in Italia, che a sua volta

¹ Denominato “*Inequalities in access to healthcare A study of national policies 2018*.”

² OCSE (2020), *Tempi di attesa per i servizi sanitari: il prossimo in linea*, Studi sulla politica sanitaria dell'OCSE, Pubblicazioni dell'OCSE.

³ Il rapporto analizza anche le differenze nel tempo che le persone devono aspettare per ottenere una consultazione con medici di medicina generale o specialisti nei vari paesi. Il rapporto esamina una serie di politiche che i paesi hanno utilizzato per affrontare i tempi di attesa per diversi servizi, tra cui la chirurgia elettiva e le consultazioni di assistenza primaria, ma anche la cura del cancro e i servizi di salute mentale, con particolare attenzione all'identificazione di quelli di maggior successo.

potrebbe portare a un numero sempre maggiore di pazienti a rinunciare alle cure a causa dei costi eccessivi.”⁴

Nel *Country Report* viene poi evidenziato come il **“Il governo ha compiuto i primi passi, ma sono necessari ulteriori sforzi per garantire l'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario. Il governo italiano sta attuando la riforma sanitaria territoriale del 2022 nell'ambito del RRP, una riforma delle professioni sanitarie e un piano nazionale per la gestione delle liste d'attesa”**. Secondo la Commissione *“la piena attuazione della riforma sanitaria territoriale, soprattutto nel Sud, e il suo allineamento con la riforma del 2015 sulla riorganizzazione del sistema ospedaliero sono fondamentali per garantire un sistema sanitario più efficiente ed economicamente vantaggioso”*⁵. E, con specifico riferimento alla questione liste di attesa viene in rilievo come *“ulteriori vantaggi potrebbero derivare anche dalla completa digitalizzazione e interoperabilità del sistema sanitario, dalla riduzione delle prescrizioni eccessive (soprattutto di farmaci ed esami diagnostici) e dalla piena attuazione del piano di gestione delle liste d'attesa”*.

L’abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie si atteggia, pertanto, come uno degli obiettivi prioritari del SSN e l’erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA⁶, anche in considerazione dell’aumento della domanda di prestazioni, soprattutto chirurgiche, legata a ragioni demografiche (il cosiddetto *“Silver Tsunami”*) e all’incremento di innovazioni tecnologiche disponibili in chirurgia (ad esempio la chirurgia robotica), che ha creato negli ultimi anni un allungamento delle Liste di Attesa chirurgiche del SSN.

1.2 Obiettivi e metodologia di indagine

La presente indagine III.2/2025 di cui alla Deliberazione n. 40/2025 del 4 marzo 2025 concernente: **“ L’attuazione delle misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa”** si pone l’obiettivo di verificare l’adeguatezza dell’azione amministrativa del Ministero della salute non solo con riguardo alle misure adottate, finalizzate a ridurre le liste di

⁴ Per la Commissione: *“Queste difficoltà possono essere attribuite a diversi fattori, tra cui in alcuni casi la prescrizione eccessiva di farmaci, le strozzature organizzative e, in particolare, la carenza di personale sanitario, soprattutto nel servizio sanitario nazionale. L'Italia registra uno dei rapporti infermieri-medici più bassi dell'UE, una crescente carenza di medici di medicina generale e persistenti posti vacanti in specialità mediche chiave (cfr. Allegato 15). Insieme al rapido invecchiamento della popolazione e alle forti disparità regionali, con una situazione più critica al Sud, queste tendenze minacciano la sostenibilità a lungo termine del sistema sanitario e creano ulteriori ostacoli a un accesso tempestivo ed equo alle cure”*.

⁵ Nel Report si ritiene *“...essenziale che l'attuazione completa della riforma sia accompagnata da misure volte a colmare le carenze nelle professioni chiave, in particolare infermieri e medici di medicina generale. L'attrattività di queste professioni potrebbe essere migliorata attraverso incentivi economici e di carriera, riducendo gli oneri amministrativi e allineando meglio i percorsi di specializzazione alle esigenze del servizio sanitario nazionale”*.

⁶ I nuovi LEA sono attualmente in fase di aggiornamento attraverso l'iter dell'Atto del Governo n. 370, *“Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri concernente le modifiche e le integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario”*, che rappresenta l’aggiornamento da tempo atteso considerando che i LEA sono rimasti sostanzialmente invariati dal 2017. Il provvedimento introduce importanti innovazioni in ambito di prevenzione, genetica, diagnostica avanzata e tutela delle cronicità, rafforzando formalmente il diritto alla salute. Tuttavia, l’aggiornamento dei LEA, se non accompagnato da una revisione della governance e degli strumenti di monitoraggio, rischia di non tradursi in un miglioramento effettivo dell’accesso alle cure (Atto n. 370).

attesa, ma anche a monitorare l'utilizzo dei finanziamenti previsti per conseguire tale obiettivo, dando seguito all'attività di controllo della Sezione.

Invero, la Sezione con Deliberazione n. 90/2024/G del 13 novembre 2024 ha pubblicato le risultanze dell'indagine avente ad oggetto la *"Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da covid-19"*, in cui ha analizzato le misure assunte da parte dello Stato per cercare di ridurre l'incremento delle liste di attesa conseguente all'emergenza pandemica e quelle messe in campo nel corso del 2024 per cercare di superare le problematiche ordinarie.

Le osservazioni principali della Corte, emerse nella predetta indagine, hanno evidenziato:

- che il complesso delle risorse stanziare ha raggiunto oltre 2 mld di euro in un arco temporale che va dal 2020 al 2024;
- che per quanto attiene l'applicazione delle sanzioni previste dalla legge per la sospensione delle prestazioni dalle verifiche non risultano provvedimenti comminati;
- che nei confronti dei Direttori Generali, chiamati a garantire il rispetto dei tempi di attesa, in caso di inadempimento o ritardo, non risultano attivate azioni disciplinari o contabili;
- l'utilizzo residuale del meccanismo che consente di erogare prestazioni in intramoenia a carico dell'AUSL, applicato solo in alcune realtà;
- le incoerenze nei dati relativi al recupero delle prestazioni perse nel 2020 e in quelli riferibili al loro monitoraggio effettuato ai sensi del decreto-legge 14 agosto 2020 n. 104⁷;
- la lentezza nella rilevazione dell'inclusione delle agende (pubbliche, private e intramoenia) nei sistemi CUP;
- la fragilità del monitoraggio basato su dati autocertificati, a fronte della mancanza di sistemi informativi nazionali strutturati.

La Sezione evidenziava, altresì, che la riduzione dei tempi di attesa, riferibile a prestazioni comprese nei LEA, impone ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, comma 2, un'esigenza di coordinamento atteso che la disciplina costituzionale riconduce alla competenza statale la materia del *"...coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale"* (lettera r), all'interno della quale appaiono pacificamente collocabili le attività di monitoraggio sopra richiamate.

Sul punto venivano registrate le difficoltà incontrate dal Ministero della salute nello svolgimento dell'attività di coordinamento e monitoraggio, sia per quanto attiene alla verifica dell'avvenuta programmazione in materia di liste di attesa, ma anche per quanto riguarda la capacità delle singole autonomie territoriali di comunicare tempestivamente il grado di raggiungimento degli obiettivi dalle stesse programmati

⁷ Recate *"Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia"* convertito con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020 n. 126.

per la riduzione dei tempi di attesa relativi alle varie tipologie di prestazioni sanitarie. Veniva, pertanto, raccomandato un ripensamento dei meccanismi che delineano le modalità di individuazione degli obiettivi degli enti del SSN in materia di liste di attesa e la determinazione e liquidazione delle relative risorse statali messe a disposizione auspicando, in tal senso, la velocizzazione dell'attuazione delle misure contenute nel decreto-legge n. 73/2024.

In ordine alle osservazioni e alle raccomandazioni, a distanza di circa sei mesi dal contraddittorio, il Ministero della salute ha rappresentato le misure adottate sino a maggio 2025 ed in particolare ha evidenziato che:

- in data 28 ottobre 2024 è stato adottato il Decreto del Ministro della salute recante le *“Modalità operative per la messa a disposizione di regioni e province autonome dell'analisi dei fabbisogni sanitari e delle prestazioni attese per tipologia”* che individua le modalità attraverso le quali è messa a disposizione delle regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano l'analisi dei fabbisogni sanitari e delle prestazioni attese per tipologia, sulla base della classificazione delle patologie croniche presenti nella popolazione italiana. Il Ministero della salute, con cadenza semestrale, provvederà ad inviare in formato elettronico le analisi previste alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano unitamente alla documentazione tecnica riguardante *“l'impianto teorico sotteso al Modello di classificazione adottato, comprendente i protocolli e le specifiche tecniche adottati alla data di trasmissione e i relativi algoritmi di calcolo applicati ai dati NSIS, riferiti a livello di distretto sanitario”*.
- in attuazione dell'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 73/2024, è stato adottato il decreto del Ministero della Salute del 17 febbraio 2025, relativo alle *“Linee guida della Piattaforma nazionale delle liste di attesa e criteri di interoperabilità con le piattaforme regionali”*⁸. Il percorso amministrativo di attuazione del decreto⁹ prevede tre fasi:
 1. predisposizione da parte delle Regioni di un progetto operativo per l'interoperabilità tra le piattaforme regionali e la Piattaforma nazionale, concordando con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (di seguito AGENAS) i tempi di realizzazione (60 giorni *ex* articolo 2, comma 1);
 2. approvazione da parte di AGENAS dei progetti operativi delle Regioni, che possono prevedere una fase transitoria (articolo 2, comma 2);
 3. effettiva messa a punto da parte delle Regioni dell'interoperabilità tra le piattaforme.

È stata stabilita una fase transitoria (art. 2, c. 3), nell'ambito della quale le Regioni e le PP.AA., fino all'avvio della piattaforma nazionale delle liste di attesa, provvederanno

⁸ Va rilevato che la Piattaforma nazionale, di cui si avvale il Ministero della salute, è istituita presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), ed è finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa delle prestazioni sanitarie relative a ciascuna regione e provincia autonoma.

⁹ Decorrente dalla data di pubblicazione in GU avvenuta l'11 aprile 2025.

a conferire mensilmente i soli dati sulle prenotazioni delle prime visite e prime prestazioni di diagnostica strumentale.

Con il decreto ministeriale in esame sono state anche approvate le specifiche tecniche che consentono alle Regioni (ad esempio, come messo in atto dalle Regioni Lazio e Basilicata), attraverso il collegamento in FHIR (correlazione tra diverse risorse, ad esempio tra un medico e un paziente, o tra un test e un paziente), di trasmettere anche i dati relativi a tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione), consentendo ad AGENAS di poter acquisire dati più completi, comprendenti i dati sull'offerta¹⁰.

- In attuazione dell'art. 1, c. 4, del predetto decreto-legge, la ex Direzione generale della programmazione sanitaria quale soggetto attuatore dell'sub-investimento PNRR M6C2 *“Modello di simulazione e previsione per scenari a medio e lungo termine nel SSN - concettualizzazione del modello, sviluppo dell'algoritmo e governance del progetto”*, sta sviluppando il *Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione*» (MCS) al fine di *“..misurare e prevedere l'evoluzione del bisogno di salute della popolazione, a partire da tutti i dati resi disponibili dal patrimonio informativo sanitario e (a tendere) non sanitario, al fine di simularne sistematicamente l'impatto sul sistema e quindi di orientare il decisore a scelte di programmazione il più possibile adeguate, che tutelino sostenibilità, efficacia, equità, garanzia di erogazione dei LEA del SSN”*¹¹.
- Con atto Rep. n. 51/CSR del 17 aprile 2025 è stata sancita dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, la mancata intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante le modalità e le procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi riconosciuti all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito dall'articolo 2, comma 1, del medesimo decreto-legge n. 73/2024.
- Sempre nel maggio 2025 il Ministero ha rappresentato che era in corso di istituzione, alle dirette dipendenze del Ministro della Salute, l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria previsto dall'art. 2 del decreto-legge n. 73/2024 al quale sono attribuiti poteri di accesso presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

¹⁰ Va rammentato che l'articolo 1, comma 2, del decreto-legge n. 73/2024 ha previsto anche l'accesso da parte di AGENAS ai dati del flusso Tessera Sanitaria, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta del Servizio sanitario nazionale dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730).

¹¹ Evidenzia l'Amministrazione che il Modello, consentirà di analizzare il fabbisogno delle prestazioni attese nelle diverse regioni e province autonome, costituirà strumento al servizio del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA) per il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza e a ridurre le liste di attesa.

L'Organismo risulta attributario anche di poteri sostitutivi.

- In attuazione art. 2, c. 5, del decreto-legge n. 73/2024, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano hanno istituito l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, che provvede ad individuare il Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria *“a cui sono attribuiti le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa, da adottare con validità annuale (art. 2 c. 5, primo periodo, del citato decreto)”*.

In conclusione dell'elencazione delle misure intraprese, il Ministero della salute ha evidenziato, sempre nel maggio 2025, come le *“..innovazioni normative e organizzative sopra delineate introducono, per il prossimo futuro, sistemi di monitoraggio, di programmazione e di governo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, e quindi anche della gestione delle liste di attesa, tali da rendere “obsoleto/superate”, o comunque non più coerenti/compatibili con l'evoluzione del servizio sanitario nazionale e delle nuove tecnologie, alcune precedenti disposizioni sul monitoraggio e sul superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa”*.

La presente indagine, traendo spunto dagli elementi informativi desunti dalla precedente Relazione di cui alla Delibera n. 90/2024 e da quanto evidenziato dal Ministero della salute in sede di comunicazione delle misure consequenziali adottate nonché delle iniziative intraprese in esecuzione del decreto-legge n. 73/2024, analizza il tema dell'efficacia delle strategie intraprese, finalizzate alla riduzione delle liste di attesa sanitarie considerando il relativo quadro normativo, programmatico e finanziario, nonché lo stato di attuazione delle misure previste e il conseguente monitoraggio, alla luce della documentazione probatoria acquisita nel corso dell'istruttoria, svolta tramite diversi canali: note istruttorie, note di riscontro, audizione conoscitiva¹², invio di documentazione e tabelle tramite *pec* e *mail*, riunioni su teams¹³ con le amministrazioni coinvolte.

¹² Tenutasi il 17 settembre 2025 presso questa Sezione.

¹³ Del 18 febbraio 2026 sull'applicativo Microsoft Teams.

2- QUADRO NORMATIVO, PROGRAMMATICO E FINANZIARIO RELATIVO ALLA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Sommario: 2.1 Il quadro normativo. - 2.2 Il quadro programmatico. - 2.2.1 Il Documento di Finanza pubblica 2026. - 2.3 Il quadro finanziario. - 2.3.1 Il quadro finanziario complessivo delle risorse destinate alla riduzione delle liste di attesa nel periodo 2022-2028. - 2.4 Quadro normativo, programmatico e finanziario: considerazioni

2.1 Il quadro normativo

Il legislatore italiano si è occupato, *expressis verbis*, per la prima volta, della tematica delle liste di attesa sanitarie, con la riforma del Sistema Sanitario Nazionale di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502¹⁴ alla quale è poi seguita l’emanazione, con varie leggi finanziarie, di una serie di misure finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie¹⁵. Seppur di recente con le leggi di Bilancio emanate dal 2022 ad oggi siano state con continuità stanziare risorse alla finalità di riduzione delle liste di attesa, di cui si dirà nel Capitolo appositamente dedicato, giova evidenziare che il provvedimento normativo che oggi costituisce caposaldo della disciplina è rappresentato dal d.l. 7 giugno 2024 n. 73, recante “*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*”¹⁶. Detta disposizione, introduce un pacchetto di misure volte a garantire ai cittadini tempi certi e trasparenti di erogazione delle prestazioni sanitarie rafforzando il monitoraggio nazionale, migliorando prenotazioni e disponibilità delle agende nonché valorizzando e incentivando il personale sanitario.

Più nel dettaglio, il decreto come in parte accennato, istituisce presso AGENAS, una Piattaforma unica nazionale liste di attesa interoperabile con quelle regionali, rafforza il ruolo del SiVeAS, con poteri ispettivi nelle Aziende sanitarie e di intervento diretti, prevede un Responsabile unico regionale (RUAS) che ogni regione deve istituire e un meccanismo di garanzia per il cittadino che ha diritto alla prestazione in intramoenia o presso il privato accreditato, pagando solo il ticket (se previsto) se il servizio pubblico non riesce ad erogare la prestazione nei tempi, potenzia i sistemi CUP regionali e promuove l’integrazione con la Piattaforma nazionale, per i professionisti sanitari, prevede quali incentivi, la detassazione delle prestazioni aggiuntive e l’abolizione del tetto di spesa sul personale dal 2025.

¹⁴ Recante: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*” ove, in particolare, si prevede agli articoli 8 quinquies la disciplina degli accordi contrattuali con strutture pubbliche e private e con professionisti accreditati, all’articolo 15-quinquies la disciplina del rapporto esclusivo dei dirigenti sanitari e all’14-quattordicesima l’istituzione per l’Osservatorio per l’attività libero-professionale

¹⁵ Per un approfondimento in merito alle misure contenute nel d.lgs. n. 502/1992 finalizzate a verificare e controllare il fenomeno delle liste di attesa e di quelle previste, già dagli anni 90, da successive disposizioni normative di rango primario, si rinvia alla precedente Delibera di questa Sezione n. 90/2024.

¹⁶ Convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107.

Tali misure, come si evidenzierà nel proseguio, hanno trovato concreta attuazione solo in parte tramite numerosi decreti attuativi¹⁷.

Di seguito si richiamano i decreti attuativi previsti dal citato decreto-legge emanati in materia di politiche volte a ridurre il fenomeno delle liste di attesa:

- Decreto del Ministro della salute del 28 ottobre 2024¹⁸, ove, all'art. 1, si individuano le modalità attraverso le quali è messa a disposizione delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano l'analisi dei fabbisogni sanitari e delle prestazioni attese per tipologia, sulla base della classificazione delle patologie croniche presenti nella popolazione italiana, ai sensi dell'art. 7, comma 2-bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020, aggregate a livello di distretto sanitario, di cui agli articoli 3 -*quater*, 3 -*quinquies*, 3 -*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- decreto del Ministero della Salute del 17 febbraio 2025, previsto dall'art. 1, c. 3, del decreto-legge n. 73/2024, contenente le *"Linee guida della Piattaforma nazionale delle liste di attesa e criteri di interoperabilità con le piattaforme regionali"*¹⁹;
- decreto 20 febbraio 2025 del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli Affari Europei, il PNRR e le politiche di coesione, con il quale veniva definito il PNES²⁰ come previsto dal citato decreto-legge n. 73/2024²¹;
- decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 25 giugno 2025²², predisposto in attuazione dell'articolo 2 del decreto-legge n. 73/2024 che introduce modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi riconosciuti all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria;
- decreto ministeriale 9 dicembre 2025²³ relativo alle misure attuative, il quale ha autorizzato un finanziamento complessivo di 27.407.501 euro per la realizzazione dell'infrastruttura informatica che garantirà l'interoperabilità tra i sistemi regionali.

Si evidenziano, poi, vari provvedimenti emanati nel corso del tempo in materia di potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale tra misure nazionali e PNRR la cui attuazione dovrebbe essere comunque finalizzata ad incidere sulla riduzione

¹⁷ Vedasi Capitolo 4.

¹⁸ Recante: *"Modalità operative per la messa a disposizione di regioni e province autonome dell'analisi dei fabbisogni sanitari e delle prestazioni attese per tipologia"* (pubblicato in G.U. Serie Generale n. 89 del 16 aprile 2025).

¹⁹ Pubblicato su GU Serie Generale n. 85 dell'11 aprile 2025.

²⁰ Recante: *"Piano d'azione del Programma nazionale equità nella salute 2021-2027"* (pubblicato su G.U. Serie Generale n. 85 del 11 aprile 25). Gli effetti dei richiamati provvedimenti in relazione allo stato di attuazione delle misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa sono evidenziati nel Capitolo III nell'apposito Paragrafo dedicato all'assistenza territoriale e al monitoraggio.

²¹ Che all'art 6 prevede che, per le regioni destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027, sia definito, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR, un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio.

²² Recante: *"Modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi riconosciuti all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria"* (pubblicato in G.U. Serie Generale n. 191 del 17 agosto 2025).

²³ Recante: *"Finanziamento per la realizzazione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa"* di cui si parlerà più specificamente nel Capitolo III.

delle liste di attesa. Tra questi si segnala il Decreto interministeriale 23 maggio 2022, n. 77²⁴ (di seguito d.m. n. 77/2022), provvedimento che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale costituendo una vera riforma a livello territoriale per le innovazioni previste. Il d.m. mira a riorganizzare la sanità territoriale per rispondere meglio ai bisogni di salute, garantendo prossimità, continuità e una presa in carico globale della persona. L'obiettivo è superare la frammentazione delle cure, potenziando la medicina di prossimità e l'integrazione sociosanitaria²⁵. La dimensione territoriale dell'assistenza sanitaria, come sottolineato anche nella precedente delibera n. 90/2024, è, infatti, rilevante ai fini del miglioramento dell'assistenza sanitaria a livello nazionale sotto il profilo dell'alleggerimento delle prestazioni da erogare e conseguentemente delle minori liste di attesa da evadere.

Il rafforzamento dell'assistenza sanitaria, nelle varie articolazioni territoriali, appare fondamentale per implementare, nel complesso, il servizio sanitario attraverso una rete capillare vicina al cittadino.

In questa sede va richiamato il d.d.l. AC 2365 recante *“Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”* approvato dal Senato e attualmente all'esame della Camera dei deputati, provvedimento, come segnalato dal Ministero che, implementa il novero delle misure finalizzate a ridurre le liste di attesa quale stralcio di parte dell'unitario progetto di intervento in materia di liste di attesa, all'origine dello stesso decreto n. 73/2024²⁶.

²⁴ Recante: *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*.

²⁵ Il provvedimento è volto ad assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, con il quale è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

²⁶ Il Disegno di Legge AC 2365, si inserisce nel più ampio percorso di riforma volto alla riduzione delle liste di attesa avviato con il decreto-legge n. 73/2024, del quale costituisce un'integrazione. Il provvedimento introduce misure di rafforzamento della governance, del monitoraggio e della responsabilizzazione degli attori del Servizio sanitario nazionale. Tra le principali novità figurano la definizione legislativa delle classi di priorità per l'erogazione delle prestazioni specialistiche, l'obbligo per Regioni e Province autonome di garantire il rispetto dei tempi di attesa attraverso specifici Piani strategici annuali e l'introduzione di sistemi di valutazione dei Direttori generali basati sui risultati conseguiti. Particolare rilievo assume l'istituzione del Sistema Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (SINGLA), destinato a coordinare a livello nazionale le attività di monitoraggio, indirizzo e interoperabilità dei sistemi regionali, alimentato dai dati della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa. Il DDL prevede inoltre un registro nazionale delle segnalazioni dei cittadini, misure per il rafforzamento del personale sanitario (incremento delle tariffe degli specialisti ambulatoriali, interventi sul reclutamento e sulla permanenza in servizio), l'aumento dei limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate e incentivi alla digitalizzazione dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla telemedicina e alla gestione automatizzata degli appuntamenti. Il provvedimento introduce, infine, meccanismi premiali per le Regioni e sistemi di incentivazione economica per i vertici delle aziende sanitarie, collegando una quota significativa della valutazione delle performance e del finanziamento del Servizio sanitario nazionale al rispetto dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni. Nel complesso, il DDL si pone in continuità con il decreto-legge n. 73/2024, del quale sviluppa e consolida gli strumenti di governance, monitoraggio e responsabilizzazione, pur richiedendo un

2.2 Il quadro programmatico

2.2.1 Il Documento di Finanza pubblica 2026

L'analisi del quadro programmatico relativo al tema di indagine prende in considerazione il Documento di Finanza Pubblica (DFP) 2026²⁷ e il Patto per la Salute. Il Documento di Finanza pubblica costituisce, infatti, il principale strumento di programmazione economico finanziaria del nostro ordinamento, l'atto propedeutico alla presentazione della manovra finanziaria valida per il triennio successivo fornendo un aggiornamento del quadro di riferimento internazionale e provvedendo, allo stesso tempo, a una rielaborazione delle previsioni macroeconomiche e di finanza pubblica. Nel 2025 la spesa sanitaria effettiva è risultata pari a 141.539 milioni, con un incremento del 2.5% rispetto al 2024.

Le previsioni, effettuate a partire dalla legislazione vigente, assumono come dato di partenza la spesa corrente del 2025 riportata nel conto economico consolidato della sanità per le Amministrazioni pubbliche predisposto dall'ISTAT nell'ambito dei conti nazionali.

Esse scontano gli oneri legati ai rinnovi del trattamento economico del personale dipendente e convenzionato con il SSN per i trienni 2025-2027 e 2028-2030, all'attuazione del PNRR (Missione 6 Salute), alle funzioni svolte dal Ministero della salute ai sensi dell'articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022, nonché agli interventi pianificati da recenti disposizioni legislative per l'efficientamento e la sostenibilità del SSN.

La spesa sanitaria prevista per il 2026 è pari a 148.522 milioni, con un tasso di crescita del 4,9% rispetto all'anno precedente e una percentuale sul PIL pari al 6,4%.

In ordine alla previsione di spesa nel triennio 2027-2029 nel DFP la crescita della spesa sanitaria ipotizzata è pari a un tasso medio annuo del 2,4%; nel medesimo arco temporale il PIL nominale crescerebbe in media del 2.6%. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e il PIL si assesta al 6,4% a decorrere dal 2027. Infine, la previsione riproduce anche la dinamica dei diversi aggregati di spesa coerentemente con le valutazioni circa gli andamenti medi registrati negli ultimi anni e gli interventi di razionalizzazione della spesa già programmati a legislazione vigente.

Nella Sezione II relativa all'analisi e alle tendenze della finanza pubblica riporta i dati della spesa sanitaria effettiva e tendenziale in rapporto al PIL come di seguito rappresentati nelle Tabelle n. 1 e n. 2.

coordinamento con alcune disposizioni già vigenti in materia di personale sanitario, finanziamento e sistemi premiali.

²⁷Il Documento di finanza pubblica è stato deliberato dal Consiglio dei ministri il 22 aprile 2026.

Tabella n. 1 -Spesa sanitaria effettiva e rapporto % con il PIL

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Spesa Sanitaria in milioni di €	114.936	122.469	128.393	131.260	131.842	138.335	141.539
In % di PIL	6,4%	7,3%	7,0%	6,6%	6,2%	6,3%	6,3%
Tasso di var. in %		6,6%	4,8%	2,2%	0,4%	4,9	2,5%

Fonte: DFP 2025- Sez. II Analisi e tendenze della finanza pubblica

Tabella n. 2 - Spesa sanitaria tendenziale e rapporto % con il PIL

DFP	2026	2027	2028	2029
Spesa Sanitaria in milioni di €	148.522	151.222	155.059	159.443
In % di PIL	6,4	6,4	6,4	6,4%
Tasso di var. in %	4,9%	1,8%	2,5%	2,8%

Fonte: DFP 2025- Sez. II Analisi e tendenze della finanza pubblica

I dati OCSE²⁸ rilevano una spesa sanitaria molto inferiore rispetto a quella dei principali Paesi Europei: nel 2024 l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria pubblica è stata pari al 6,3%, superiore di 1,4 % rispetto a quella della Grecia (4,8%), ma inferiore di 4,3% a quella tedesca (10,6%), di 3,5% rispetto a quella francese (9,7%) e di 0,4% rispetto a quella spagnola (6,7%).

In materia di programmazione della spesa sanitaria va segnalato il Patto per la salute 2019-2021, di durata triennale e attualmente in vigore giusta proroga fino all'adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria (art. 4 c. 7 bis decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198). Tale patto è un accordo finanziario e programmatico tra Governo e Regioni in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed è finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e volto a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del Sistema sanitario nazionale.

Per quanto di interesse si segnalano:

- il finanziamento del Fondo sanitario nazionale: sono confermate le risorse per il biennio (2019-2021) con un aumento previsto di 2 miliardi per il 2020 e 1,5 miliardi per il 2021; il livello del finanziamento passa dai 114,5 miliardi di euro del 2019 ai 116,5 del 2020 e ai 118 del 2021. Come visto nel paragrafo precedente il quadro programmatico risulta ampiamente mutato a seguito delle manovre di finanza pubblica intervenute dall'adozione del Patto della salute ad oggi.

²⁸ I dati al link <https://data-explorer.oecd.org/>. L'analisi è riportata anche nella delibera n.21/2025 della Sezione delle autonomie recante "Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari".

- I Livelli Essenziali Assistenza (LEA): Governo e Regioni si impegnano a completare il percorso di attuazione del d.p.c.m. 12 gennaio 2017 “Nuovi Lea”, con l’approvazione del decreto che fissa le tariffe per consentire l’entrata in vigore dei relativi nomenclatori.
- Le Risorse umane: nel triennio 2020-2022 sale fino al 15% rispetto all’incremento annuale del Fondo sanitario nazionale il budget disponibile per nuove assunzioni. Anche in questo caso le previsioni del Piano risultano ampiamente superate dalle disposizioni della legge di bilancio 2024 ove si finanziano gli aumenti contrattuali per il comparto della sanità pubblica.
- La Mobilità sanitaria: è previsto un nuovo programma nazionale Governo-Regioni per recuperare a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali o regionali, organizzative e di qualità e quantità delle prestazioni;
- Gli investimenti: sono individuati interventi infrastrutturali necessari per 32 miliardi di euro, a cui si aggiungono 1,5 miliardi per l’ammodernamento tecnologico delle attrezzature
- L’assistenza territoriale e medicina generale: viene concordata la riorganizzazione dell’assistenza territoriale con l’obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione.
- I modelli previsionali: a supporto delle scelte di programmazione si prevede una sempre maggiore integrazione dei dati e dei diversi flussi informativi che consenta di realizzare strumenti e modelli previsionali per l’analisi del fabbisogno di salute della popolazione.
- La ricerca: sarà promossa una governance condivisa della ricerca per definirne priorità e ambiti condivisi e per snellire le procedure di attribuzione delle risorse.
- La prevenzione: sono previste diverse azioni quali il contrasto al fenomeno dell’antimicrobico-resistenza; il contrasto alle malattie croniche attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carico precoce; la piena realizzazione del Piano nazionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia; standard adeguati per la sicurezza sui luoghi di lavoro; approccio *One Health* che considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi; più controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.
- La revisione del *ticket*: con l’obiettivo della revisione della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini per ridurre le disuguaglianze attraverso la

graduazione dell'importo dovuto in funzione del costo delle prestazioni e del "reddito familiare equivalente".

- La partecipazione dei cittadini: si punterà sempre più sulla trasparenza e la comunicazione, attraverso il coinvolgimento dei cittadini in pratiche di partecipazione inclusive.

2.3 Il quadro finanziario

L'analisi del quadro finanziario relativo alla riduzione delle liste di attesa sanitarie si risolve nell'esame di tutte le disposizioni normative, per la maggior parte previste in leggi di bilancio e in decreti milleproroghe, che stanziavano e assegnano risorse a tale scopo destinate o prevedono la rimodulazione delle stesse.

A partire dalla legge di bilancio per il 2022, sono state stanziato risorse destinate alla riduzione delle liste di attesa delle quali, si vedrà nel proseguo, una parte non risulta del tutto utilizzata e, pertanto queste ultime sono state confermate e /o prorogate negli anni successivi con i vari provvedimenti di seguito citati.

Per il periodo antecedente al 2022 le risorse, stanziato dalla legge 30 dicembre 2018 n. 145, erano dedicate alle liste di attesa ma solo in maniera indiretta (digitalizzazione CUP, con allocazione delle relative risorse sul capitolo 7114 del Ministero della salute, successivamente chiuso e poi soppresso).

L'analisi del panorama finanziario *pre e post* pandemico, come già analizzato nella precedente Relazione della Sezione, faceva emergere che il complesso delle risorse stanziato aveva raggiunto oltre 2 mld di euro in un arco temporale compreso tra il 2020 e il 2024 e che parte delle stesse non erano state utilizzate²⁹.

Per l'anno 2022 - con la legge 30 dicembre 2021 n. 234³⁰, all'art. 1, comma 276 nell'ambito delle disponibilità per il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard del medesimo anno, viene stabilito uno specifico contributo per l'attuazione del c.d. "*Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa*" da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, in coerenza con quanto disposto dall'art. 29 del decreto-legge 14 agosto 2020 n. 104, per un ammontare complessivo, su base nazionale, pari a 500 mln di euro, come stabilito al c. 278, art. 1, della richiamata legge n. 234/2021.

All'interno di tale finanziamento, ai sensi dell'art. 1, c. 277, della legge, sono altresì

²⁹ Nella Relazione di questa Sezione di cui alla delibera n. 94/2024, per quanto attiene al monitoraggio relativo all'utilizzo e alla gestione finanziario-contabile delle risorse stanziato dalla normativa vigente per la riduzione delle liste di attesa, veniva evidenziato che nel periodo 2021-2024 la relativa più ampia finalizzazione normativamente prevista induceva le Regioni ad utilizzare dette risorse, in via prioritaria per ripianare i loro disavanzi sanitari regionali e, solo in via residuale per abbattere le liste di attesa: tale *trend* iniziava a subire un arresto con l'emanazione del decreto legge n. 73/2024 dove, all'articolo 3, commi 10 ed 11, viene disposta una finalizzazione delle risorse più puntuale e vincolata specificamente alla riduzione delle liste di attesa. Nella medesima Relazione veniva evidenziato, in merito all'utilizzo delle risorse messe a disposizione al 31 dicembre 2023, che nonostante l'ammontare non indifferente di disponibilità, il relativo utilizzo appariva esiguo.

³⁰ Avante ad oggetto "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*".

comprese le risorse eventualmente destinate all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, ricovero ordinario o diurno e di screening dagli erogatori privati accreditati, per un ammontare massimo di 150 mln di euro, da considerarsi in deroga al tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni da privato, come stabilito dall'art. 15, comma 14, primo periodo del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95³¹.

Inoltre, all'art. 1, c. 279, è stato previsto che, nel caso in cui il Ministero della salute abbia positivamente verificato l'insussistenza del fabbisogno di recupero delle liste di attesa, sulla base di una relazione, il sopracitato finanziamento possa rientrare, in tutto o in parte, nelle disponibilità del Servizio Sanitario regionale o provinciale ed essere destinato allo svolgimento di un'altra attività sanitaria (c.d. *"utilizzo in modo flessibile"*).

Per l'anno 2023, il decreto-legge 29 dicembre 2022 n. 198 (c.d. *"Milleproroghe"*)³², all'art. 4, c. 9-octies, ha stabilito che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possano avvalersi, anche per l'annualità 2023, di specifiche risorse destinate all'attuazione del *"Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa"*, in coerenza con le disposizioni di cui alla legge n. 234/2021. L'ammontare delle risorse a tale scopo destinate, su base nazionale, risulta non superiore a 365 mln di euro, pari allo 0,3 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023.

Dalla disposizione sopra richiamata discende, tuttavia, la facoltà³³, in capo a ciascuna regione o provincia autonoma, di avvalersi di un importo pari o inferiore al predetto 0,3 per cento del FSN 2023. Come già avvenuto per l'annualità 2022, anche tali risorse, se attribuite agli erogatori privati accreditati, possono essere considerate in deroga al vincolo di cui al decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95.

Per l'anno 2024, con la legge 30 dicembre 2023 n. 213³⁴, lo Stato ha riconosciuto alle regioni e alle province autonome, ai sensi dell'art. 1, c. 232, un ammontare di finanziamento per l'abbattimento delle liste di attesa non superiore allo 0,4 per cento del livello del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per tale anno, pari a complessivi 506 mln di euro, ivi ricomprese le iniziative che prevedono l'incremento delle tariffe orarie del personale medico e del comparto sanità operante nelle Aziende ed Enti del SSN³⁵. L'art. 3, comma 11, del

³¹ Recante *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario"* convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

³² Avente ad oggetto *"Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi"* convertito con modificazioni dalla legge 24 febbraio 2023 n. 14.

³³ La legge offre una mera possibilità di utilizzo delle risorse statali da parte di ogni regione o provincia autonoma nei termini indicati dall'articolo 4 comma 9-octies decreto-legge n. 198/2022, come anche evidenziato nella precedente Relazione di cui alla Delibera della Sezione n. 90/2024.

³⁴ Avente ad oggetto *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026"*.

³⁵ In relazione a dette risorse il Ministero osserva che, con riferimento al solo incremento tariffario, le risorse previste ai sensi dell'art. 1, commi 220 e 221, della legge n. 213/2023 risultano complessivamente pari a 280 mln di euro per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 e sono ripartite come segue: 200 mln di euro per la remunerazione delle prestazioni aggiuntive effettuate dal personale medico e 80 mln di euro per la remunerazione delle prestazioni

decreto-legge n. 73/2024, dispone che tali risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse da quelle a cui sono preordinate e che, nel caso di mancato utilizzo nel corso dell'esercizio, devono essere obbligatoriamente accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per l'attuazione delle misure di recupero delle liste di attesa, attraverso la predisposizione di specifici piani operativi regionali, da redigersi secondo un protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

Si segnala anche il decreto-legge 27 dicembre 2024 n. 202³⁶ e in particolare l'articolo 4, comma 11 che consente alle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano nell'anno 2025 di incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2025, la spesa per prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto sanità dipendenti dei medesimi enti e aziende nel limite degli importi lordi indicati, per ciascuna regione e provincia autonoma, nella tabella 1 allegata al predetto decreto, ovvero pari complessivamente a 143.500.000 euro, di cui 101.885.000 euro per i dirigenti medici e 41.615.000 euro per il personale sanitario del comparto sanità.

Per l'anno 2025, l'articolo 1, comma 358, della legge 30 dicembre 2024, n. 207³⁷ prevede che, a favore delle regioni che risultino adempienti, con riferimento alla voce «Liste di attesa (H)» del documento per la raccolta della documentazione necessaria per la verifica degli adempimenti predisposto dal Comitato LEA, sia vincolata una quota del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato pari a 50 milioni di euro per l'anno 2025 e a 100 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026. All'articolo 1, comma 359, si prevede poi che con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano stabiliti i criteri per l'attribuzione delle somme di cui al comma 358.

Per l'anno 2026 la legge 30 dicembre 2025, n. 199 (d'ora in avanti legge di bilancio 2026)³⁸ all'art. 1, c. 333 incrementa il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato di 2.382,2 milioni di euro per l'anno 2026, 2.631 milioni di euro per l'anno 2027 e 2.633,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028. L'incremento è indirizzato anche per le finalità di cui ai commi da 334 a 409 in cui sono specificati i settori di intervento con le relative quote cui le risorse del

aggiuntive effettuate dal comparto. Viene inoltre evidenziato che anche l'art. 3, comma 10, del decreto-legge 73/2024, prevede che la "quota residua" del sopracitato finanziamento possa essere utilizzata da ciascuna regione o provincia autonoma mediante le Aziende ed Enti del SSN, per l'espletamento dell'attività libero professionale intramuraria o per l'acquisto di prestazioni aggiuntive, oppure attraverso il ricorso all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, ricovero ordinario o diurno e screening dal sistema privato accreditato (e in tal caso concorrono all'abbattimento del tetto di spesa di cui al sopracitato decreto-legge n. 95/2012).

³⁶ Recante "Disposizioni urgenti in materia di termini normativi", convertito con modificazioni dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15.

³⁷ Avente ad oggetto "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027".

³⁸ Rubricata "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028".

fondo possono o devono essere destinate (misure di prevenzione con indicazioni specifiche di screening e altri interventi, campagne di comunicazione istituzionale, salute mentale ecc.). Ai fini della presente indagine i disposti normativi che vengono in considerazione si rinvencono, *prima facie*, nei commi 361, 362 e ss. dell'articolo 1.

Al comma 361 si prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'anno 2026, possano incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, per l'anno 2026, la spesa per prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto Sanità, dipendenti delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel limite degli importi lordi indicati, per ciascuna regione e provincia autonoma, pari complessivamente a 143.500.000 euro, di cui 101.885.000 euro per i dirigenti medici e 41.615.000 euro per il personale sanitario del comparto Sanità.

Invero, al comma 362 si prevede che al fine di garantire la riduzione delle liste di attesa e il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché per far fronte alla carenza di personale sanitario, nell'anno 2026, nell'ambito della quota di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevata per ciascuna regione e provincia autonoma per l'anno 2026, è autorizzata l'assunzione, da parte delle aziende e degli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali, di personale sanitario a tempo indeterminato, in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, nel limite di spesa complessivo di 450 mln di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Alla copertura dei suddetti oneri, ai sensi del successivo comma 363, si provvede come di seguito:

- a) quanto a 207 milioni di euro per l'anno 2026, 328 milioni di euro per l'anno 2027 e 340 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028, a valere sull'incremento del livello del fabbisogno sanitario nazionale standard di cui al comma 333;
- b) quanto a 243 milioni di euro per l'anno 2026, 122 milioni di euro per l'anno 2027 e 110 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 275, della legge 30 dicembre 2024, n. 207³⁹.

Nella Tabella n. 3 si fornisce una rappresentazione grafica esemplificativa di quanto previsto dagli articoli già menzionati.

³⁹ La legge 207/2024 recante "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027*" dispone all'art. 1 comma 275 che una quota delle risorse stabilite dal co. 273 quale incremento del fabbisogno sanitario nazionale pari a 773,9 milioni di euro per l'anno 2026, a 340,9 milioni di euro per l'anno 2027 e a 379,2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028, è destinata all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Tabella n. 3 - Quota FSN per riduzione liste attesa mediante assunzioni - triennio 2026-2028 (importi in milioni di euro)

Disposizioni Legge 199/2025	esercizio 2026	esercizio 2027	esercizio 2028
art. 1, comma 363 lett. a)	207	328	340
art 1, comma 363 lett. b)	243	122	110
TOTALE	450	450	450

Fonte: Corte dei conti

Dall'interlocuzione con il Ministero risulta che i 450 milioni di euro 2026 sono destinati, nello specifico, all'assunzione di circa 1000 dirigenti medici e sanitari e 6000 infermieri⁴⁰. Per il triennio 2026-2028, quindi, il totale di spesa massima complessiva autorizzata per le finalità di cui all'art. 1, c. 362, è di 1.350 milioni di euro.

Il successivo comma 364, oltre a porre una novella di coordinamento letterale, in relazione al dispositivo della sentenza della Corte costituzionale n. 114 dell'11 giugno-21 luglio 2025 di cui si dirà oltre, prevede che le regioni possano elevare, rispetto al limite già vigente, l'importo della spesa per il personale del Servizio sanitario regionale, nella misura massima di incremento pari al 3 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto al relativo esercizio precedente, fatto salvo il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale e dei livelli essenziali di assistenza; nel caso di esercizio di tale facoltà, la regione ne dà comunicazione al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti.

Si ricorda che i limiti in oggetto non concernono quelle autonomie territoriali speciali che, in via generale, provvedono al finanziamento della spesa sanitaria corrente in via autonoma.

L'articolo 5⁴¹ del citato decreto-legge n. 73/2024, come si vedrà anche nel proseguio, prevede il superamento di ogni limite specifico di spesa per il personale in oggetto, fermi restando i limiti del finanziamento complessivo della spesa sanitaria corrente; tale articolo dispone infatti che la vigenza di tali limiti specifici cessi a decorrere dall'adozione di una nuova metodologia nazionale di determinazione dei fabbisogni del suddetto personale (ferma restando nella fase precedente, l'applicazione delle metodologia già definita ex Decreto ministeriale 24 gennaio 2023). Va evidenziato che la Corte costituzionale, con la sentenza n. 114/2025, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di due disposizioni del richiamato articolo 5; esse prevedevano rispettivamente, che un eventuale ulteriore incremento del limite di spesa annua per il personale del Servizio sanitario di una regione dovesse essere autorizzato con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; tale eventuale ulteriore

⁴⁰ La tematica dell'assunzione di personale medico e sanitario sarà oggetto di specifica trattazione.

⁴¹ Articolo novellato da parte dell'art. 1, comma 364 della legge 199/2025.

incremento concorre, quindi, alla determinazione del limite finora vigente; poi nella parte in cui prevedeva che i piani triennali della regione, inerenti ai fabbisogni di personale del Servizio sanitario regionale e adottati sulla base della relativa metodologia nazionale, dovessero essere parimenti approvati con decreto del Ministero della salute di concerto con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze⁴².

La lettera a) del comma 365 amplia, nella misura di un anno, i termini temporali di riferimento per le procedure di stabilizzazione di personale-dirigenziale e non dirigenziale-sanitario, sociosanitario, amministrativo, tecnico e professionale da parte di enti o aziende del Servizio sanitario nazionale.

La successiva lettera b), del medesimo comma, amplia i termini temporali di riferimento e le categorie soggettive dei lavoratori per la possibilità di applicazione di una riserva di posti in procedure selettive pubbliche di reclutamento da parte dei suddetti enti ed aziende, intese allo svolgimento di funzioni (da parte dei medesimi enti e aziende) in precedenza oggetto di esternalizzazione.

2.3.1 Il quadro finanziario complessivo delle risorse destinate alla riduzione delle liste di attesa nel periodo 2022-2028

Dalla normativa finanziaria sin qui delineata è possibile evincere il dato relativo al complesso dei finanziamenti specificamente destinati all'abbattimento delle liste di attesa per il periodo 2022- 2028.

Nella sottostante Tabella n. 4 sono riportate per ogni anno, in corrispondenza dei relativi provvedimenti normativi citati in precedenza, le risorse stanziare dallo Stato per l'abbattimento delle liste di attesa. Ne risulta che in totale nell'arco temporale 2022-2025 le stesse ammontano a circa 1.845 milioni di euro⁴³ mentre, ampliando le annualità considerate, nel periodo 2022-2028 le risorse previste si assesterebbero a circa 3.575,46 mln di euro.

⁴² La sentenza ha infatti affermato, richiamando precedenti sentenze della medesima Corte, il principio che un limite di spesa posto per ragioni di coordinamento finanziario dalla disciplina statale deve avere natura complessiva e che, in coerenza con tale principio, la disciplina dello stesso articolo 5, nella parte non oggetto del contenzioso e della sentenza, ribadisce il vincolo del rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale; un limite specifico inerente alla sola spesa per il personale del suddetto Servizio, invece, secondo la Corte, inciderebbe in ambiti discrezionali di scelta riservati alle regioni e basati sulle competenze legislative di quest'ultima in materia di organizzazione regionale e di tutela della salute. Si ricorda poi che la sentenza ha dichiarato, invece, infondata la questione di legittimità della norma che prevede, oltre alla adozione della suddetta metodologia nazionale di determinazione del fabbisogno di personale del servizio sanitario regionale, l'applicazione della stessa metodologia da parte delle regioni; si segnala infine che la sentenza n. 114 concerne le quote di incremento del limite di spesa e non la previsione del medesimo limite, la quale non rientrava nelle questioni di legittimità sottoposte dai ricorsi.

⁴³ Nel Paragrafo 4.2 dedicato si darà conto dei dati forniti dal Ministero della Salute aggiornati al 26 maggio 2026 relativi all'utilizzo delle risorse nel periodo 2022-2025.

Tabella n. 4 - Finanziamenti destinati al recupero dei ritardi sulle liste di attesa 2022-2028

DISPOSIZIONE NORMATIVA	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2022	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2023	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2024	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2025	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2026	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2027	IMPORTO FINANZIATO ANNO 2028	TOTALE RISORSE
l. n. 234/2021 art.1, co. 278	500.000.000							
d.l. n. 198/2022 art. 4, co. 9-octies		365.483.975						
l. n. 213/ 2023, art. 1, co. 232			506.472.296	280.000.000 ⁴⁴	280.000.000			
d.l. n. 73/2024, art. 3, co. 10 e co. 11								
d.l. n. 202/2024, art. 4 co. 11				143.500.000 ⁴⁵				
l. n. 207/2024 (legge di bilancio per il 2025) articolo 1, commi 358 e 359				50.000.000	100.000.000			
l. 30 n. 199/2025 art.1, comma 361 art.1 co. 362 art. 1, co. 363 lett. a) art. 1, co. 363 lett. b) ⁴⁶					207.000.000 243.000.000 143.500.000	328.000.000 122.000.000	340.000.000 110.000.000	
TOTALE RISORSE STANZIATE 2022-2028	500.000.000,00	365.483.975	506.472.296	473.500.000	973.500.000.000	450.000.000	450.000.000	3.718.956.271
TOTALE RISORSE STANZIATE 2022-2025	500.000.000,00	365.483.975	506.472.296	473.500.000				1.845.456.271

Fonte: Corte dei conti su dati Ministero della salute

⁴⁴ Di cui 200 mln di euro per la remunerazione delle prestazioni aggiuntive effettuate dal personale medico e 80 mln euro per remunerazione prestazioni aggiuntive effettuate dal comparto sanità. Al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) nonché di ridurre le liste d'attesa e il ricorso alle esternalizzazioni, l'autorizzazione agli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive del comparto sanità-è autorizzata, per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, la spesa di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto sanità.

⁴⁵ Di cui, 101.885.000 euro per i dirigenti medici e 41.615.000 euro per il personale sanitario del comparto sanità

⁴⁶ Articolo 1 al comma 362 si prevede che al fine di garantire la riduzione delle liste di attesa e il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché per far fronte alla carenza di personale sanitario, nell'anno 2026, nell'ambito della quota di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevata per ciascuna regione e provincia autonoma per l'anno 2026, è autorizzata l'assunzione, da parte delle aziende e degli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali, di personale sanitario a tempo indeterminato, in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, nel limite di spesa complessivo di euro 450.000.000 annui a decorrere dall'anno 2026

2.4 Quadro normativo, programmatico e finanziario: considerazioni

Le risultanze istruttorie evidenziano come il fenomeno delle liste di attesa continui a rappresentare una problematica strutturale del sistema sanitario italiano, caratterizzata da fattori molteplici e interdipendenti che non possono essere ricondotti esclusivamente alla fase emergenziale determinata dalla pandemia da Covid-19. Sebbene l'emergenza sanitaria abbia certamente aggravato una situazione già esistente, determinando l'accumulo di prestazioni non erogate e l'allungamento dei tempi di accesso alle cure, le criticità già rilevate nella precedente indagine in tema di liste di attesa nel periodo Covid -19, trovano origine in problematiche organizzative, gestionali e programmatiche che da tempo interessano il Servizio sanitario nazionale. L'analisi del quadro normativo e programmatico che emerge dalla presente Relazione evidenzia come il tema della riduzione delle liste di attesa sia ormai da anni collocato tra le priorità strategiche del Servizio sanitario nazionale. Nel tempo si è assistito ad una progressiva stratificazione di disposizioni legislative, atti programmatici e interventi finanziari che hanno cercato di affrontare il fenomeno attraverso approcci differenti, passando da misure prevalentemente orientate all'incremento dell'offerta di prestazioni a strumenti più complessi finalizzati al miglioramento della governance, della programmazione e del monitoraggio.

Emerge come la continua successione di interventi normativi non abbia sempre trovato una corrispondente capacità attuativa da parte del sistema sanitario nel suo complesso. A fronte di un quadro regolatorio progressivamente arricchitosi di strumenti e obblighi, permane infatti una significativa distanza tra le finalità perseguite dal legislatore e i risultati concretamente raggiunti sul territorio nazionale, come si avrà modo di illustrare in seguito.

Dall'analisi effettuata emerge come lo Stato abbia destinato al perseguimento dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa un ammontare significativo di risorse finanziarie, quantificabile complessivamente in diversi miliardi di euro nel periodo considerato, accompagnando gli interventi finanziari con una progressiva evoluzione del quadro normativo e programmatico. Tuttavia, dall'analisi dei dati acquisiti emerge come l'effettivo utilizzo delle risorse non risulti ancora pienamente soddisfacente e come, in diversi casi, le disponibilità finanziarie non si siano tradotte, con la necessaria rapidità, in un incremento strutturale dell'offerta sanitaria.

3 – LE MISURE ADOTTATE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA E LORO ATTUAZIONE

Sommario: 3.1 Le cause che incidono sulla formazione delle liste di attesa. - 3.2 Le misure per la riduzione delle liste di attesa contenute nel decreto legge n. 73/2024. - 3.3 Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). - 3.4 La Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA). - 3.5 Il Modello nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione (MCS). - 3.6 L'Organismo di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (OVCAS). - 3.7 Gli adeguamenti del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e gli adempimenti in materia di assunzioni. - 3.8 L'assistenza territoriale e la riduzione delle liste di attesa. - 3.9 Le misure attuative per la riduzione delle liste di attesa riconducibili al PNRR. - 3.10 Misure adottate per la riduzione delle liste di attesa: considerazioni

3.1 Le cause che incidono sulla formazione delle liste di attesa

Il fenomeno della generazione delle liste di attesa, come riferito dal Ministero della salute è dovuto principalmente a tre determinanti:

- a) la quantità di offerta: all'aumento della capacità di erogare prestazioni dovrebbe corrispondere effetto positivo in termini di riduzione dei tempi di attesa;
- b) la domanda prescrittiva: si denota, a fronte dell'aumento dell'offerta di prestazioni, un aumento rilevante del numero di prescrizioni da parte di specialisti ospedalieri e medici di medicina generale;
- c) la trasparenza, tracciabilità ed equità del sistema di prenotazione: in quanto anche a fronte di un'offerta adeguata permane la necessità di accesso secondo il criterio della priorità clinica in un contesto in cui le agende devono essere trasparenti.

Evidenzia il Ministero come l'adozione del decreto-legge n. 73/2024 sia finalizzata a contrastare il fenomeno delle liste d'attesa alimentate anche da un grave sottodimensionamento del personale, da ritardi cronici, da un monitoraggio inefficace del rispetto dei tempi che hanno determinato una tendenza alla rinuncia alle cure da parte di milioni di persone. Il sistema si caratterizza per una carenza strutturale di medici e infermieri, con 6,5 infermieri per mille abitanti contro una media europea di 8,4.

Le problematiche principali evidenziate dall'Amministrazione, includono:

- sottofinanziamento e carenza di Personale: il blocco delle assunzioni e il tetto di spesa per il personale hanno limitato la capacità di erogare prestazioni.
- Aumento delle rinunce: le lunghe attese, sommate a motivi economici, si stima abbiano spinto circa 4 milioni di italiani a rinunciare o rinviare cure.

- Mancanza di Trasparenza: difficoltà nel monitoraggio nazionale dei tempi reali e disparità regionali nella gestione dei CUP (Centri Unici di Prenotazione).
- Inappropriatezza prescrittiva: si è alimentato un eccesso di richieste di prestazioni non necessarie che hanno intasato il sistema.
- Inefficacia delle misure di contrasto assunte in precedenza: le normative pregresse non erano riuscite a ridurre drasticamente i tempi massimi di attesa.

Sulla scorta delle evidenze descritte viene fatto rilevare che le liste e i tempi di attesa si riferiscono sia all'area dei ricoveri che a quella dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali ed il fenomeno risulterebbe collegato:

1. alla definizione del "bisogno" di prestazioni ambulatoriali e di ricoveri collegato allo stato di salute della popolazione;
2. alla quantità della "domanda" prescrittiva (e sue dinamiche) rappresentata dalle prescrizioni effettuate da medici di medicina generale e dagli specialisti del SSN;
3. alla quantità dell'offerta erogativa SSN o delle strutture private (e sue dinamiche);
4. ai sistemi di prenotazione in grado di garantire trasparenza, tracciabilità ed equità di accesso con gestione delle priorità cliniche.

3.2 Le misure per la riduzione delle liste di attesa contenute nel decreto-legge n. 73/2024.

Il decreto-legge n. 73/2024 interviene in questo contesto, attraverso un rinnovato approccio strategico che non si limita ad assegnare risorse e interventi rivolti al potenziamento dell'offerta (aree incentivate per il personale) e al suo monitoraggio da parte delle Amministrazioni centrali, ma propone misure collegate all'appropriatezza prescrittiva, per governare la domanda, e alla disponibilità di sistemi di prenotazione regionali che garantiscano canali di accesso per i cittadini unitari e fruibili con canali diversi (sportello, telefonico, online).

Il decreto introduce inoltre, un nuovo modello di relazione fra Stato e Regione per governare il monitoraggio del fenomeno, attraverso l'elaborazione tempestiva di indicatori di processo e di *performance* consultabili attraverso piattaforme condivise in modo da mantenere un raccordo continuo fra l'interesse del livello nazionale di poter garantire la corretta erogazione dei LEA e la necessità dei livelli regionali ed aziendali di individuare, in ogni contesto territoriale, le linee sulle quali concentrare le azioni di miglioramento.

La definizione di una piattaforma nazionale unitaria e accessibile, sia dal livello centrale che quello regionale, introduce una nuova modalità di relazione fra Stato e Regioni: il monitoraggio di un fenomeno complesso non può infatti limitarsi a indicatori sintetici e scambio documentale, ma richiede di poter sviluppare una

sistema di reporting articolato, basato su più fonti informative attraverso *data linkage* e di poter uniformare, attraverso un sistema unitario che determina un '*linguaggio*' comune, i comportamenti organizzativi affinché la lettura dei dati sia effettivamente correlata alla lettura del fenomeno.

Con queste premesse, secondo il Ministero, le fonti informative per governare i fattori determinanti, a regime, sono costituite:

- 1) da sistemi previsionali in grado, a partire dalla stratificazione degli assistiti in classi di patologia o di rischio, di determinare i bisogni appropriati di prestazioni (dimensione del bisogno);
- 2) da un sistema informativo delle prescrizioni dematerializzate, di cui è titolare il Ministero dell'economia e delle finanze attraverso il progetto '*tessera sanitaria*' (dimensione della domanda);
- 3) dalla piattaforma nazionale delle liste di attesa, interoperante con i sistemi CUP regionali (dimensione dei sistemi di accesso alle prestazioni ed intermediazione domanda-offerta);
- 4) da un sistema informativo delle prestazioni ambulatoriali erogate su base individuale, detenuto dal Ministero dell'economia e delle finanze (dimensione dell'offerta).

L'insieme di queste fonti informative, afferma il Ministero, una volta consolidata la qualità dei dati raccolti, permetterà di elaborare *report* in grado di offrire analisi multidimensionali, le sole che possono individuare le aree su cui intervenire per poter governare il fenomeno.

Nei paragrafi successivi si analizzeranno le specifiche misure attuative di cui ai precedenti punti da 1 a 4 messe in campo dal Ministero della salute per governare i fattori determinanti che generano le liste di attesa.

3.3 Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA)

La realizzazione di un Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (di seguito PNGLA) costituisce un impegno comune del Governo, delle Regioni e Province Autonome, che convengono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

Nel 2006 è stato emanato il primo Piano di contenimento nazionale tempi di attesa (PACTA) che prevedeva che le Regioni fissassero entro 90 gg i tempi massimi di attesa ed adottassero un Piano regionale attuativo.

Successivamente è stato emanato il Piano nazionale Governo liste di attesa (PNGLA) 2010-2012 che aveva indicato come obiettivo per il SSN quello di "*promuovere la capacità di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA*" precisando come "*la soluzione del problema delle liste di attesa non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e*

dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto dell'applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni"

Tuttavia, la declinazione operativa raccomandata alle Regioni e alle Province autonome era rimasta, come poi accaduto anche per il successivo PNGLA 2019-2021, particolarmente centrata sull'organizzazione dell'offerta, anche considerata l'immatunità dei sistemi di lettura del bisogno espresso e l'indisponibilità di strumenti volti all'intercettazione del bisogno inespresso e al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva

In particolare, i punti chiave del precedente PNGLA 2019-2021 erano i seguenti:

- obbligo di indicare nelle prescrizioni le classi di priorità previste dal Piano; per la classe P (prestazione Programmabile) è previsto, dal 1° gennaio 2020, un tempo massimo di attesa di 120 giorni.
- Nelle strutture che non rispettano i tempi di attesa individuati dalla Regione si può attuare il blocco dell'attività libero professionale intramuraria.
- I Direttori Generali possono essere rimossi se non rispetteranno i tempi massimi di attesa stabiliti per legge.
- La Regione vigila sul rispetto del divieto di sospendere l'attività di prenotazione (liste bloccate, agende chiuse).
- Il paziente può richiedere alla Direzione sanitaria o alla Direzione medica ospedaliera di prendere visione della sua posizione nell'Agenda dei ricoveri.
- Sono stati stanziati 400 milioni di euro in tre anni (2019-2021) nella Legge di bilancio 2019 per ridurre le liste di attesa e garantire più efficienza, responsabilità, trasparenza, facilità e semplicità.
- Se per una prestazione specialistica (prime prestazioni in classe di priorità) viene superato il tempo massimo di attesa previsto per legge, al paziente residente può essere offerto un percorso alternativo, secondo una specifica procedura, eventualmente anche in una struttura privata convenzionata senza costi aggiuntivi se non il ticket quando previsto.
- Con il CUP online i pazienti possono consultare in tempo reale l'attesa relativa a visite ed esami erogati in regime istituzionale o in libera professione nonché prenotare e modificare gli appuntamenti già presi.
- I controlli e il follow-up sono prescritti dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questo sia rimandato al Medico di Medicina Generale o il Pediatra di libera scelta (MMG/PLS) per la prescrizione; le Aziende devono prevedere idonee modalità per consentire la prenotazione da parte del medico specialista.

Il nuovo Piano di Governo delle Liste di Attesa 2026-2028, che andrà a sostituire il precedente PNGLA 2019-2021, è stato esaminato in seduta tecnica in sede di Conferenza Stato-Regioni, il 7 maggio 2026 alla presenza del Coordinamento tecnico della commissione salute, nella quale sono state accolte e condivise le ultime proposte integrative delle Regioni.

Per la versione finale del Piano, che innova profondamente quanto previsto dal precedente Piano, è stata sancita l'Intesa nella seduta della Conferenza Stato-Regioni dell'11 giugno 2026.

Il suddetto Piano è stato elaborato da un Tavolo tecnico con il compito, fra l'altro, di definire e promuovere le modalità attuative dei principi in esso contenuti ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, di ricovero e dei percorsi di presa in carico dei pazienti nel rispetto dei principi di qualità e sicurezza delle cure e nell'ottica della riduzione delle disuguaglianze di salute e di accesso.

Con l'avvenuta approvazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) è decaduta la validità amministrativa del precedente PNGLA 2019-2021 e il sistema di regole in esso contenuto, ivi inclusa l'operatività dell'Osservatorio Nazionale delle Liste d'Attesa (come previsto dal Decreto ministeriale 21 giugno 2019, che ha istituito l'Osservatorio), deputato ad affiancare regioni e province autonome nell'implementazione del Piano stesso ed a monitorare l'andamento degli interventi da esso previsti.

Le differenze principali risiedono nell'introduzione di strumenti digitali centralizzati, di un monitoraggio più stringente, di un pannello più vasto di prestazioni inserite nel piano e un rafforzamento dei percorsi di tutela per i cittadini.

Quale anticipazione del "cambio di paradigma" nella gestione della materia in esame, il Ministero sottolinea quanto scritto a pag. 4) del nuovo PNGLA 2026-2028, come visto approvato in sede di Conferenza ed entrato in vigore dalla data della sua pubblicazione nella G.U. n. 195 del 24 agosto 2026⁴⁷:

"Con il PNGLA 2025-2027 vengono introdotte linee di attività specifiche e innovative per:

- il governo della domanda, con particolare riferimento all'analisi del fabbisogno e all'utilizzo di linee guida e buone pratiche come driver di appropriatezza prescrittiva.*
- con specifico riferimento agli strumenti di appropriatezza prescrittiva, il PNGLA 2025-2027 valorizza il ruolo centrale delle buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida di cui all'articolo 5, comma 1, della legge n. 24/2017 per orientare i prescrittori verso strategie di sostenibilità e qualità del sistema nonché per l'aggiornamento dei criteri di appropriatezza dell'attesa, contenuti nel Manuale RAO;*
- un nuovo paradigma del sistema di offerta, centrato su:
o nuovi strumenti di programmazione dialetticamente collegati all'analisi della domanda;
o nuovi attori del sistema di erogazione e di progettazione dell'assistenza e della presa in carico (quelli definiti nel d.m. n. 77/2022, la farmacia dei servizi, ecc.);
o nuovi strumenti di garanzia e tutela: ambiti territoriali di garanzia, integrazione con il privato accreditato, liste di tutela, ecc;
o nuove modalità erogative di assistenza: prestazioni a distanza sia come modello di offerta di cura (televisita, telemonitoraggio) che per l'appropriatezza prescrittiva (teleconsulto);*

⁴⁷ Rispetto a quanto fatto rilevare dal Ministero in sede istruttoria, si deve evidenziare che il lasso temporale che è stato necessario per giungere all'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni ha determinato che il PNGLA 2025-2027 oggetto delle complessive valutazioni, esaminato in sede tecnica il 7 maggio u.s. e approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 giugno 2026, sia riferito al periodo 2026-2028.

o una nuova e più evoluta gestione delle liste d'attesa per ricoveri programmati che, oltre ad assicurare il massimo livello di correttezza e trasparenza nella presa in carico e nella gestione dello scorrimento della lista, promuove il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per l'attesa chirurgica e delinea specifici bacini di utenza/ambiti di garanzia sia per garantire tempi di attesa più brevi a pari condizioni di efficacia e sicurezza per il cittadino e per gli operatori sia per massimizzare gli outcomes clinici secondo il paradigma volumi/esiti di cui al d.m. n. 70/2015;

o nuovi modelli e sistemi di verifica dei tempi e delle liste d'attesa, attraverso la Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa e le connesse piattaforme regionali, i monitoraggi ex-ante, l'analisi delle prescrizioni da Sistema Tessera Sanitaria e nuovi sistemi di controllo sulle agende di erogazione e sulla corretta integrazione tra sistema pubblico e privato accreditato;

o una nuova attenzione agli aspetti di comunicazione, accountability, trasparenza e fruibilità, attraverso l'elaborazione di un glossario di riferimento utile a sviluppare e sostenere l'empowerment dell'utenza e la predisposizione di un sistema di comunicazione studiato per essere efficace, diffusivo, coerente con i contenuti del Piano e dei diritti del cittadino; il rafforzamento del sistema di raccolta e gestione delle segnalazioni provenienti dagli utenti del SSN relative a disservizi, criticità di accesso alle prenotazioni e alle prestazioni, tempi di attesa non coerenti con i bisogni di cura."

Nella Tabella 5 che segue, vengono messe a confronto le caratteristiche salienti dei due piani.

Tabella n. 5 - PNGLA 2019-2021 e PNGLA 2026-2028 a confronto

Caratteristica	PNGLA 2019-2021	PNGLA 2026-2028 (GIA' 2025-2027)
Piattaforma di Gestione	Gestione frammentata, basata su sistemi regionali distinti.	Introduzione della Piattaforma Nazionale Liste di Attesa (PNLA) per garantire interoperabilità e una visione unitaria a livello nazionale.
Monitoraggio	Monitoraggio basato sulla "settimana indice" (rilevazione campionaria) e trasmissione trimestrale dei dati.	Monitoraggio mensile obbligatorio e continuo di tutti i dati di prenotazione (<i>ex ante</i> ed <i>ex post</i>), a partire da gennaio 2025, per un controllo più capillare.
Prescrizione e Priorità	Obbligo di indicare la classe di priorità (U, B, D, P) e il quesito diagnostico, ma con applicazione non uniforme.	Ribadito e rafforzato l'obbligo. Maggiore enfasi sull' appropriatezza prescrittiva attraverso l'uso delle linee guida e il metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea).

Caratteristica	PNGLA 2019-2021	PNGLA 2026-2028 (GIA' 2025-2027)
Trasparenza e Tutela	Prevista la pubblicazione delle liste sui siti regionali e aziendali. Percorsi di garanzia esistenti ma disomogenei.	Introduzione di un percorso di tutela standardizzato per il cittadino in caso di superamento dei tempi massimi di attesa, con accesso garantito alla prestazione, anche tramite privato accreditato, senza costi aggiuntivi (salvo il <i>ticket</i>).
Coinvolgimento Enti	Previsto il coinvolgimento delle associazioni di tutela, ma con modalità variabili a livello locale.	Maggiore strutturazione del coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e dei comitati dei diritti nelle fasi di monitoraggio e verifica.

Fonte: Ministero della salute

Con il PNGLA 2026-2028 si persegue l'obiettivo di incrementare e diffondere le buone pratiche e le linee guida quali strumenti prioritari di indirizzo e supporto decisionale nella pratica clinica, allo scopo di coadiuvare i professionisti nella scelta di interventi diagnostici e terapeutici mirati alla gestione del caso clinico specifico e limitando, di conseguenza, il ricorso a prestazioni potenzialmente indotte da pratiche difensive.

Al fine di implementare i suddetti interventi l'AGENAS ha istituito il "Tavolo permanente dei RAO e dell'appropriatezza prescrittiva".

L'obiettivo del Tavolo è quello di promuovere un confronto operativo e continuativo finalizzato a condividere indirizzi, strumenti e buone pratiche per il governo della domanda e il miglioramento dell'appropriatezza.

In sintesi, il piano 2026-2028 punta a superare i limiti di frammentazione e disomogeneità del piano precedente, introducendo strumenti digitali centralizzati e procedure più rigide per garantire tempi di attesa certi e trasparenti a tutti i cittadini.

3.4 La Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA)

Il decreto legge n. 73/2024 all'articolo 1, al fine di governare le liste d'attesa delle prestazioni sanitarie, in coerenza con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza», previsto dal sub-investimento 1.2.2.5 della Missione 6-Salute, componente 1 del PNRR, istituisce presso l'AGENAS, la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa (di seguito PNLA), di cui si avvale il Ministero della salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma.

Pertanto, secondo le indicazioni di AGENAS, la piattaforma vuole essere uno strumento a supporto del governo delle liste di attesa e del monitoraggio dei tempi di attesa dando trasparenza agli stessi in coerenza al progetto "Potenziamento del Portale

della Trasparenza". L'AGENAS viene, pertanto, autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

La nuova Piattaforma PNLA sarà interoperabile con le 21 piattaforme regionali e consentirà di misurare in modo preciso e uniforme i tempi di attesa al fine di conoscere tempestivamente la situazione, effettuare validi confronti tra Regioni/PP.AA, comunicare correttamente i dati all'opinione pubblica e valutare l'effetto degli interventi e delle politiche adottate.

Secondo AGENAS grazie alla piattaforma sarà possibile:

- 1) misurare in maniera omogenea su tutto il territorio i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni;
- 2) monitorare la disponibilità delle agende sia per il sistema pubblico che per gli erogatori privati accreditati;
- 3) verificare i percorsi di tutela previsti dal PNGLA;
- 4) governare la modulazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità;
- 5) analizzare l'impatto del d.m. 77/2022 (e.g. volumi di pazienti presi in carico dalle nuove strutture di assistenza territoriale - Case di Comunità, Ospedali di Comunità);
- 6) promuovere l'appropriatezza e il rispetto dei criteri RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea)

Lo scopo della PNLA è quello di produrre uno strumento nazionale (Cruscotto) per il governo delle liste di attesa tramite dati tempestivi nonché assicurare il monitoraggio tramite la pubblicazione trasparente delle informazioni verso i cittadini.

Come riferito in precedenza, in attuazione dell'art. 1, comma 3, del citato decreto-legge 73/2024, è stato adottato il decreto del Ministero della Salute del 17 febbraio 2025, relativo alle *"Linee guida della Piattaforma nazionale delle liste di attesa e criteri di interoperabilità con le piattaforme regionali."*

Nel decreto, è prevista una fase transitoria (art. 2, comma 3), nell'ambito della quale le Regioni e le PP.AA., fino all'avvio della piattaforma nazionale delle liste di attesa, provvederanno a conferire mensilmente i soli dati sulle prenotazioni delle prime visite e prime prestazioni di diagnostica strumentale.

In merito all'attuazione della predetta fase transitoria concernente l'invio dei soli dati sulle prenotazioni delle prime visite e prime prestazioni di diagnostica strumentale e ad eventuali difficoltà incontrate dalle Regioni nell'effettuare tale conferimento di dati e, nell'individuazione, seppur orientativa, dell'ammontare delle risorse allo stesso adempimento dedicate, il Ministero della salute richiama, la risposta fornita da AGENAS nel dicembre 2025 a seguito di specifica richiesta. In detta nota, si evidenziava come: *"Con nota prot. 716 del 24 gennaio 2025, Agenas ha trasmesso le "Specifiche tracciato monitoraggio ex- ante PNGLA 2025-2027" e nel mese di febbraio 2025 sono state concluse le attività tecniche per acquisire i dati dalle Regioni mediante un flusso dati mensili che è stato configurato per 19 Regioni e PPAA."*

A seguito della pubblicazione del decreto del Ministro della Salute del 17 febbraio 2025, che

approva le linee guida per l'interoperabilità FHIR con la Piattaforma nazionale liste di attesa (PNLA), sono state avviate e concluse le attività per l'integrazione FHIR con Regione Basilicata e Lazio ed è stato definito il modello dati dettagliato a supporto. Basilicata e Lazio trasmettono quindi i dati ad evento.

Parallelamente, nei mesi di febbraio, marzo e aprile sono stati svolti degli incontri con ogni singola Regione per illustrare le prime risultanze che emergevano dalla prima versione del cruscotto della PNLA. Nel mese di giugno 2025, è stata resa disponibile la prima versione pubblica del cruscotto della PNLA sul Portale della Trasparenza che rende attualmente disponibili a tutti in questa prima versione alcuni indicatori, tra cui:

- il numero totale di prenotazioni;
- la percentuale di prenotazioni nei giorni festivi/prefestivi;
- la quota di prime disponibilità accettate dall'assistito;
- la suddivisione delle prestazioni per classe di priorità (U, B, D, P);
- i tempi medi di attesa per prestazione e classe di priorità.

Sono inoltre riportati i volumi per singola prestazione, classe di priorità e nei giorni festivi/prefestivi.

La PNLA ha raccolto oltre 37 milioni di prenotazioni tra gennaio e agosto 2025".

AGENAS aveva poi specificato che:

- i volumi acquisiti dalla Piattaforma Nazionale Liste di Attesa delle prenotazioni da tutte strutture del settore pubblico e privato accreditato - al 30 settembre 2025 avevano raggiunto la quota di 42,8 milioni.
- secondo il cronoprogramma della PNLA come di seguito illustrato in Tabella n. 6, AGENAS riferiva che entro il mese di dicembre 2025 sarebbe stata pubblicata la versione 2.0 della Piattaforma con i. dati regionali rappresentati con indicatori condivisi con le Regioni/PA.

Di seguito, nella Tabella n. 6, si indica lo stato di attuazione del Cronoprogramma.

Tabella n. 6 - Cronoprogramma PNLA

22 ottobre 2025	Presentazione alla Commissione Salute dello stato dell'arte della PNLA	FATTO
6 novembre 2025	Incontro plenario AGENAS-Ministero salute -Regioni/PA su nuova Piattaforma 2.0	FATTO
10 novembre 2025	Collaudo Modello Web Service per l'acquisizione dei dati regionali con cadenza giornaliera	FATTO
11 novembre 2025	1° Incontro tecnico Indicatori Agenas-MdS-Regioni/PA	FATTO
30 novembre 2025	Scadenza invio ad AGENAS dei Piani Operativi dell'interoperabilità da parte delle Regioni	FATTO
3 dicembre 2025	2° Incontro tecnico Indicatori Agenas-MdS-Regioni/PA	FATTO 48
Entro il 15 dicembre 2025	Valutazione dei Piani Operativi da parte di Commissione Agenas-Ministero della salute	FATTO
Dicembre 2025	Incontri One-to-One con le 19 Regioni e le 2 PA su richiesta	FATTO
Dicembre 2025	Pubblicazione della versione 2.0 della Piattaforma con i dati regionali rappresentati con indicatori condivisi con le Regioni/PA	

Fonte: Ministero della Salute*

⁴⁸ Sal raggiunto in base ai dati forniti in sede di riscontro a nota istruttoria.

Pertanto, dalla predetta Tabella si evince che, alla data di stesura della presente relazione (maggio 2026) risultano attuati anche i seguenti step (che dovevano concludersi entro dicembre 2025), per la piena operatività della PNLA:

- valutazione dei Piani operativi da parte della Commissione tecnica⁴⁹ AGENAS-Ministero della salute;
- incontri *One-to-One* con le 19 Regioni e le 2 Province Autonome su richiesta;
- pubblicazione della versione 2.0 della Piattaforma con i dati regionali rappresentati con indicatori condivisi con le Regioni/PA.

Sul punto, l'Amministrazione riferisce che nel corso del 2025 sono state avviate le attività di definizione dei flussi informativi, integrazione dei sistemi regionali, sviluppo dei cruscotti di monitoraggio e raccolta dei dati relativi alle prenotazioni sanitarie, fino alla predisposizione della versione 2.0 della piattaforma e dei programmi regionali di interoperabilità. In particolare, viene evidenziato che la PNLA ha acquisito, tra gennaio e aprile 2026, un totale di oltre 68 milioni di prenotazioni da tutte le strutture del settore pubblico e del settore privato accreditato relativi ai primi accessi di visite e prestazioni diagnostiche.

Per quanto attiene alla pubblicazione della versione 2.0 della PNLA con i dati regionali rappresentati e indicatori condivisi con le Regioni, il Ministero riferisce che essa era prevista entro il mese di maggio 2026 mentre, in relazione all'ulteriore step concernente l'approvazione dei Progetti Operativi Regionali per l'interoperabilità con la PNLA, viene evidenziato come:

- *“... con Deliberazione del Direttore Generale AGENAS n. 11 del 19 marzo 2026, la Commissione tecnica ha rilevato che, alla data dell'11 marzo 2026, 16 progetti regionali risultavano pienamente conformi ai requisiti tecnici e funzionali per garantire l'interoperabilità tra le infrastrutture regionali e la PNLA, in coerenza con il decreto ministeriale 17 febbraio 2025, consentendo il proseguimento dell'iter istruttorio e autorizzativo;*
- *con Deliberazione del Direttore Generale AGENAS n. 95 dell'11 maggio 2026, sono stati approvati ulteriori 4 programmi regionali di intervento (Sicilia, Abruzzo, Liguria e Piemonte) completando progressivamente il quadro autorizzativo nazionale. Il Piano operativo della Regione Emilia-Romagna risulta attualmente in fase di approvazione, nell'ambito del medesimo iter istruttorio previsto per l'attuazione dell'interoperabilità con la PNLA”.*

Come riferito da AGENAS nella memoria di replica *“...con Deliberazione del Direttore Generale n. 168 del 22 giugno 2026, a seguito delle valutazioni finali positive espresse dalla Commissione tecnica nella seduta del 17 giugno 2026, è stato approvato anche il Progetto Operativo della Regione Emilia-Romagna, ritenuto conforme ai requisiti tecnici e funzionali necessari per realizzare e garantire il corretto funzionamento dell'interoperabilità con la PNLA”.*

⁴⁹ Con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 566 del 30 dicembre 2025 è stata istituita la Commissione tecnica per la valutazione dei Progetti Operativi regionali. Si è insediata il 9 gennaio 2026 e ha predisposto una specifica griglia di valutazione finalizzata alla verifica della conformità dei Progetti Operativi ai requisiti tecnici e funzionali per l'interoperabilità con la PNLA, previsti dal dm 17 febbraio 2025.

Il dato che viene in rilievo mostra come la Piattaforma presenti un'alimentazione ancora differenziata fra Regioni, come anche confermato dall'Amministrazione che suggerisce di mantenere sulle evidenze due livelli di valutazione:

- il primo, riferito alla completezza e qualità dell'alimentazione della piattaforma, anche attraverso la piena interoperabilità con i CUP regionali;
- il secondo, riferito invece alla progressiva capacità di lettura dei fenomeni che gli indicatori segnalano.

Nella medesima memoria di replica AGENAS rappresenta poi che “...in data 29 maggio 2026 è stato presentato e reso pubblico, sul Portale della Trasparenza, il nuovo cruscotto delle liste d'attesa 2.0. Lo strumento rende i dati facilmente fruibili e interpretabili, con l'obiettivo di supportare la comprensione del fenomeno delle liste d'attesa e favorire l'individuazione di azioni utili al miglioramento del sistema⁵⁰. Viene altresì evidenziato, che la Piattaforma Nazionale Liste di Attesa ha acquisito da tutte strutture del settore pubblico e privato accreditato tra gennaio e agosto 2026 oltre 90 milioni di prenotazioni relative ai primi accessi di viste e prestazioni diagnostiche.

Quanto alle risorse dedicate al conferimento dati nella PNLA, il decreto ministeriale 9 dicembre 2025 recante: “Finanziamento per la realizzazione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa” ha autorizzato un finanziamento complessivo di 27.407.501 euro per la realizzazione dell'infrastruttura informatica che garantirà l'interoperabilità tra i sistemi regionali.

Il provvedimento, che recepisce l'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni il 27 novembre 2025, dà attuazione pertanto al decreto-legge n. 73/2024 con il quale, come visto, viene istituita presso Agenas la Piattaforma nazionale, finalizzata a monitorare e governare le liste d'attesa in tutto il territorio.

In particolare, il contributo complessivo di 27,4 milioni di euro corrisponde al 95% del fabbisogno totale stimato per la realizzazione dell'infrastruttura, mentre il restante 5% sarà a carico delle Regioni.

Le risorse sono prelevate dalla quota di riserva per interventi urgenti prevista dalla deliberazione Cipe n. 51/2019, a valere sul programma di investimenti sanitari di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67. Il riparto avviene secondo una doppia

⁵⁰ Il cruscotto si articola nelle seguenti sezioni:

- Numero di Prenotazioni: rappresenta il numero di prenotazioni di primo accesso a carico del sistema sanitario nazionale per regione, mese e prestazione, con il dettaglio delle prenotazioni con data di appuntamento nei giorni feriali (lunedì-venerdì) e nel fine settimana (sabato-domenica);
- Percentuale di Prenotazioni garantite: rappresenta la percentuale di prenotazioni, di primo accesso a carico del sistema sanitario nazionale proposte all'interno dell'asl di assistenza dell'assistito, garantite entro i tempi previsti per classe di priorità (U, B, D, P) e la relativa distribuzione delle prenotazioni per classe di priorità; la vista consente la visualizzazione dei dati per regione e per prestazione;
- Prestazioni garantite nei tempi: rappresenta la percentuale di prenotazioni, di primo accesso a carico del sistema sanitario nazionale proposte all'interno dell'asl di assistenza dell'assistito, di prime visite ed esami diagnostici garantite entro i tempi per regione; la sezione consente di visualizzare l'indicatore per tutte le prestazioni e il rispetto dei tempi previsti per classe di priorità e regione;
- Distribuzione dei Tempi di Attesa: rappresenta, per classe di priorità, il numero di giorni intercorsi tra la data di contatto e la data di prima disponibilità delle prenotazioni di primo accesso a carico del sistema sanitario nazionale proposte all'interno dell'asl di assistenza dell'assistito; la vista consente la visualizzazione dei dati per regione e per prestazione.

logica: una quota fissa di 850.000 euro per ciascuna Regione e una quota variabile calcolata in base alla popolazione residente al 1° gennaio 2023. La Tabella 1 allegata al decreto specifica gli importi totali, la quota statale (95%) e quella regionale (5%). Tra le Regioni maggiormente finanziate si segnalano:

- Lombardia (3.037.527 euro);
- Campania (2.079.990 euro);
- Lazio (2.104.329 euro);
- Veneto (1.913.351 euro);
- Sicilia (1.905.558 euro);
- Emilia-Romagna (1.823.018 euro).

Le Regioni, ai sensi dell'articolo 2 del già menzionato decreto 9 dicembre 2025, devono trasmettere al Ministero della salute, entro 30 giorni dall'approvazione del progetto da parte di Agenas (prevista dall'articolo 2, comma 2 del decreto 17 febbraio 2025 sulle linee guida), il proprio programma di intervento al fine di accedere al relativo finanziamento. In particolare, le Regioni devono presentare al Ministero, un Programma esecutivo contenente:

- il fabbisogno complessivo;
- gli interventi prioritari, raggruppati per stazione appaltante;
- una relazione tecnica con ubicazione, tipologia di intervento, cronoprogramma, quadro economico-finanziario e piano di manutenzione post-installazione. Si specifica, nelle indicazioni operative del Ministero di seguito richiamate, che tale cronoprogramma di dettaglio deve essere coerente con quello presente nel progetto operativo già approvato da AGENAS. In ogni caso la data di messa in funzione dell'infrastruttura realizzata non dovrebbe essere successiva al 31 dicembre 2026
- una dichiarazione del rispetto del divieto del doppio finanziamento, come precisato dalla circolare del Ministero dell'economia e finanze n. 33/2021, *"...principio generale di sana gestione finanziaria applicabile, come noto, al bilancio dell'Unione europea, ma valido quale regole generale anche per l'ordinamento interno"*.

La Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria del Ministero esaminerà i programmi e rilascerà un nulla osta di approvazione. Una volta approvato il programma, le Regioni potranno utilizzare i fondi secondo le modalità previste dall'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008, che disciplina le procedure per gli investimenti in sanità.

In merito al quadro attuativo dei suddetti interventi il Ministero della salute evidenzia che con nota del 30 aprile 2026 ha inviato alle Regioni e alle Province autonome indicazioni operative in merito alla predisposizione e all'invio del suddetto Programma esecutivo ai sensi del già menzionato articolo 2, del d.m. 9 dicembre 2025. Viene poi rappresentato che le Regioni Lombardia, Molise, Puglia, Sardegna, Umbria, Veneto, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Marche, Piemonte, Sicilia e Valle

d'Aosta hanno trasmesso il proprio programma esecutivo, attualmente in fase di valutazione mentre le regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Molise, Sicilia, Umbria e Veneto hanno ricevuto il nulla osta a procedere con le attività oggetto del finanziamento. Le altre regioni sono ancora in fase di valutazione.

Per quanto riguarda la piena operatività della PNLA l'articolo 1, comma 2, del decreto-legge n. 73/2024, ha previsto anche l'accesso da parte di Agenas ai dati del flusso Tessera Sanitaria, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta del Servizio sanitario nazionale dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (modello 730) ed al medesimo articolo 1, comma 2 del decreto-legge n. 73/2024 si prevede che le modalità di tale accesso sono “*..da stabilire con il protocollo di cui al comma 10 dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*”.

In merito all'avvenuta o meno sottoscrizione di detto Protocollo, da aversi già nell'anno 2003, il Ministero evidenzia quanto dichiarato da Agenas: *“La Scrivente Agenzia sta partecipando, per gli aspetti di competenza, all'attività istruttoria avviata dalle competenti strutture del Ministero della salute per la definizione del contenuto del nuovo protocollo che aggiornerà il protocollo del 9 marzo 2006, adottato dal Ministero dell'economia e delle finanze, dal Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e le regioni, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, in attuazione del comma 10 dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, per adeguarlo ai sopravvenuti interventi normativi, in materia di prescrizioni dematerializzate, d'interconnessione dei dati rilevati dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della salute, nonché di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, previste dal vigente Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), in conformità alla normativa in materia di protezione dei dati personali. Per parte di competenza, si rappresenta che il nuovo protocollo definirà anche le modalità di trasmissione ad Agenas, da parte del Sistema TS, dei dati pseudonimizzati, privi degli elementi identificativi diretti, con particolare riferimento ai dati delle prescrizioni farmaceutiche dematerializzate a carico del SSN, ai dati delle prescrizioni farmaceutiche compilate su ricetta cartacea a carico del SSN, ai dati delle erogazioni corrispondenti alle prescrizioni farmaceutiche dematerializzate a carico del SSN, nonché ai dati delle erogazioni farmaceutiche corrispondenti alle ricette cartacee a carico del SSN. L'accesso da parte di Agenas ai suddetti dati, che verranno trattati nell'ambito della gestione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, della quale la scrivente Agenzia è titolare, risulta del tutto indispensabile al fine di garantire che la piattaforma liste di attesa divenga un effettivo strumento di supporto per il governo delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”*.

Oltre alle suddette informazioni, il Ministero della salute⁵¹, al riguardo, ha fornito ulteriori informazioni in merito all'iter del predetto Protocollo che di seguito si riportano: *“ad oggi, è ancora in corso l'aggiornamento del protocollo in essere (9 marzo 2006)*

⁵¹ Nota del Direttore generale della Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR del 17 dicembre 2025.

di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in coerenza con le previsioni della Legge 29 luglio 2024, n. 107 di conversione del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.

Lo schema di protocollo e il relativo allegato tecnico sono stati trasmessi all'Autorità Garante della Privacy per un primo esame a valle del quale sono state formulate alcune osservazioni recepite dal Ministero della salute d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze e trasmesse da ultimo al Garante lo scorso 16 maggio.

Tuttavia, il completamento dell'iter di aggiornamento è vincolato ad una questione sollevata dall'Autorità Garante in merito al trattamento dei dati personali da parte della Piattaforma nazionale Liste di attesa, previsto dall'articolo 1, comma 2 del d.l. n. 73 del 2024, gestita da Agenas, per la quale la citata Agenzia sta predisponendo un decreto di aggiornamento, come concordato con il Garante in una riunione tenutasi lo scorso 27 maggio 2025". Tale decreto è attualmente sottoposto alla revisione del Ministero della salute per soddisfare esigenze di armonizzazione e coordinamento con il protocollo in corso di rinnovo, che disciplina, come visto, la modalità di messa a disposizione, da AGENAS alla PNLA, dei dati acquisiti dal Sistema TS.

3.5 Il Modello nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione (MCS)

Come riferito, il PNLA opera in coerenza con il Modello Nazionale di classificazione e Stratificazione della popolazione, che, come affermato dall'Amministrazione, permetterà di analizzare il fabbisogno delle prestazioni attese nelle diverse regioni e province autonome, e costituirà strumento al servizio del Sistema nazionale di governo delle liste di attesa (SINGLA) per il coordinamento a livello nazionale delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie rientranti nei livelli essenziali di assistenza e a ridurre le liste di attesa.

Il Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione (MCS) è uno strumento previsto dall'art 1, comma 4 del decreto-legge n. 73/2024 che ha lo scopo di supportare la definizione, il monitoraggio e la valutazione delle politiche sanitarie fondate su dati concreti ed evidenze reali, sia attraverso l'analisi di diversi scenari di evoluzione del bisogno e della domanda di salute, sia misurandone l'impatto sul carico assistenziale e sociale, al fine di orientare le risposte del Servizio Sanitario Nazionale nel rispetto dei principi di sostenibilità, efficacia, equità e garanzia di erogazione dei LEA.

Il modello, fa parte degli strumenti che agiscono in fase previsionale e che considerando i dati reali e le possibili evoluzioni, cercano di dare una risposta alla domanda di prestazioni con un'offerta adeguata.

Secondo le informazioni ricevute dal Ministero l'elaborazione del modello è un

percorso a step di cui il primo è la definizione di una metodologia e di una procedura (algoritmo) di segmentazione e stratificazione della popolazione in gruppi omogenei per livelli di bisogno e di rischio di salute, cui possano corrispondere strategie e modalità di presa in carico globale a loro volta differenziate, a livello macro e individuale⁵².

M.C.S. è oggetto del progetto attuativo del sub-investimento PNRR M6C2 I1.3.2.3.1 *“Modello di simulazione e previsione per scenari a medio e lungo termine nel SSN - concettualizzazione del modello, sviluppo dell'algoritmo e governance del progetto”*, a titolarità della Direzione generale del Ministero della salute *“e reso disponibile alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto”* (art. 1 c. 4 dl 73/2024).

L'attuazione di questo disposto normativo si è concretata nel decreto del Ministero della salute del 28 ottobre 2024 recante *“Modalità operative per la messa a disposizione di regioni e province autonome dell'analisi dei fabbisogni sanitari e delle prestazioni attese per tipologia”* con il quale sono state individuate le modalità attraverso le quali è messa a disposizione delle regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano l'analisi dei fabbisogni sanitari e delle prestazioni attese per tipologia sulla base della classificazione delle patologie croniche presenti nella popolazione italiana.

Il decreto prevede l'invio in formato elettronico alle regioni e Province autonome con cadenza semestrale delle analisi e della documentazione tecnica riguardante l'impianto teorico sotteso al Modello di classificazione adottato, comprendente i protocolli e le specifiche tecniche adottati alla data di trasmissione e i relativi algoritmi di calcolo applicati ai dati NSIS, riferiti a livello di distretto sanitario.

In ordine all'attuazione delle citate recenti previsioni normative il Ministero riferisce che il Sottogruppo di lavoro *“Analisi del fabbisogno”* costituito da Ministero, Agenas e Regioni si è riunito il 13 maggio, il 25 giugno e il 30 ottobre 2025 per l'elaborazione e l'operatività del PNGLA condividendo, in tali sedi, un approccio metodologico costituito da step operativi gradualmente in quanto volto a produrre una stima del fabbisogno (con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio del PNGLA) il più possibile rispondente al bisogno di salute valutato con una metodologia diversa da quella attuale fondata sul bisogno soddisfatto.

Il 5 novembre 2025 veniva trasmessa a ciascuna Regione che fa parte del Sottogruppo di lavoro *“Analisi del fabbisogno”* la documentazione di cui all'articolo 2 del d.m. 28 ottobre 2024 consistente in: metodologia (impianto teorico e algoritmo di segmentazione della popolazione in aree e livelli di patologia e condizione) e risultati (prevalenze regionali delle patologie/condizioni) del Modello nazionale di classificazione (MNC). Successivamente è stata avviata una interlocuzione con la Regione Lazio per verificare la stima del fabbisogno di prestazioni legate a patologie

⁵² L'amministrazione sul punto sottolinea che ciò costituisce adempimento del mandato di cui al d.m. n. 77/2022.

croniche selezionate per la sperimentazione dell'approccio metodologico

Il Ministero, in relazione ad una serie di difficoltà nella selezione delle fonti informative disponibili, evidenzia di aver proseguito con la linea metodologica già adottata, ovvero quella basata sul solo dato delle prestazioni erogate, rimandando eventuali estensioni acquisibili da fonti informative regionali, all'avvio di un percorso più generale e strutturato di condivisione del Modello tra Ministero e Regioni.

Viene evidenziato (al momento della stesura della relazione) che la metodologia nazionale di stima del fabbisogno si sta focalizzando sul confronto, rispetto all'anno di osservazione e ai due casi studio individuati (scompenso cardiaco e Broncopneumatia Cronica Ostruttiva), tra bisogno espresso e soddisfatto, tracciato dai flussi NSIS attraverso le prestazioni erogate, aggiornate alla base dati campionaria 2024, e il bisogno *"normativo"*, inteso come stima del volume di prestazioni che dovrebbe essere garantito in relazione alla prevalenza di patologie (come derivate dal Modello nazionale di classificazione) e alle indicazioni clinico-assistenziali previste da linee guida, Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) e pacchetti prestazionali LEA e assunto come proxy del fabbisogno *"appropriato o ottimale"*.

In prospettiva, conferma il Ministero *"tale confronto potrebbe tradursi in un set di indicatori di monitoraggio (di gap di sovra o sotto erogazione) sistematicamente producibili nel perimetro informativo NSIS, da condividere con le Regioni"*.

A fronte dei vincoli sull'utilizzo del patrimonio informativo sanitario, il Ministero intende integrare e affinare la metodologia di stima del fabbisogno avvalendosi del contributo di alcune Regioni pilota al fine, ad esempio, di *"correggere"* la stima attraverso il dato, ad oggi non disponibile a livello centrale, relativo alle prescrizioni che non esitano in prenotazioni e in erogazioni. Contestualmente, il Ministero rassicura che continuerà periodicamente a fornire alle Regioni i risultati del Modello nazionale di classificazione aggiornati rispetto alle sue evoluzioni in fase test.

3.6 L'Organismo di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (OVCAS)

L'articolo 2 comma 1, del decreto n. 73/2024 prevede al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) l'istituzione presso il Ministero della salute dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria preposto a vigilare sull'appropriatezza e l'efficienza dei servizi sanitari. Supportato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria, esso è deputato a verificare che i finanziamenti regionali corrispondano a prestazioni eque e di qualità per i cittadini. In particolare, è deputato a verificare la corrispondenza tra finanziamenti erogati e servizi prestati, garantendo appropriatezza ed efficienza. Monitora le liste di attesa, l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e le disfunzioni nelle aziende sanitarie e negli erogatori privati.

Il Ministero afferma che l'Organismo di verifica e controllo è istituito ma ancora non operativo atteso che sono in corso di organizzazione gli uffici⁵³ e che i fondi per il funzionamento, le funzioni e gli obiettivi da perseguire da parte dell'Organismo sono stati identificati e definiti dalla norma. Tuttavia, ancora si è in una fase transitoria, in attesa della nomina del Direttore Generale e dei dirigenti responsabili dei quattro uffici di livello dirigenziale non generale di cui si costituisce la struttura e, viene riferito, nelle more dell'attivazione le funzioni vengono mantenute in capo all'Ufficio terzo della Direzione Generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria⁵⁴.

Il Ministero rappresenta che, a seguito di interlocuzione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, le risorse per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 2, commi 3 e 4, della legge 29 luglio 2024, n.107, di conversione del decreto-Legge n. 73/2024, sono state allocate con d.m.T2 - n. 195590 del 27.11.2024 sui capitoli afferenti al CDR 17-Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del SSN, avendo ritenuto prevalente, in fase di prima attuazione, il criterio della competenza di materia⁵⁵.

Si rammenta che l'art. 2, del decreto-legge n. 73/2024, attribuisce al già menzionato Organismo:

- A. poteri di accesso *“presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione”* (comma 2);
- B. poteri sostitutivi *“in relazione ai compiti affidati, ai sensi del presente decreto, alle regioni e al RUAS [responsabile Unità Centrale Gestione Assistenza sanitaria]”* svolgendo *“verifiche presso le aziende e gli enti del SSN, presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime”* (comma 3).

⁵³ Riferisce l'Amministrazione che a decorrere dalla fine dell'anno 2023 - è stato avviato un processo di riorganizzazione del Ministero della Salute. In particolare, con D.P.C.M. 30 ottobre 2023 n. 195 è stato infatti adottato il regolamento di organizzazione degli uffici di diretta collaborazione del Ministro della salute e dell'Organismo indipendente di valutazione della performance. Con D.P.C.M. 30 ottobre 2023 n. 196 è stato adottato anche il regolamento di organizzazione del Ministero della salute, che prevede un nuovo assetto organizzativo strutturato in quattro dipartimenti, 12 Direzioni generali e l'Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza. Con D.M. 21 novembre 2024 sono stati individuati gli uffici di livello dirigenziale non generale del Ministero della salute.

⁵⁴ In merito, è stato pubblicato l'avviso per l'acquisizione di manifestazioni di interesse per il conferimento dell'incarico dirigenziale di livello generale di Direttore generale dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria ed è stata avviata la procedura di valutazione delle candidature. Quanto agli uffici di livello non generale, è in corso di perfezionamento il decreto ministeriale istitutivo degli stessi.

⁵⁵ A decorrere dall'anno 2025 lo stanziamento annuale è quello previsto da legge di bilancio. In particolare, si fa riferimento ai capitoli relativi alle spese di personale che, come è noto, rientrano nell'ambito della gestione unificata (capitolo 2001-2003-2005) nonché al capitolo 2008, piano di gestione 3, relativo alle spese per personale comandato per le finalità dell'Organismo ed al capitolo 4932 relativo al fondo risorse decentrate.

In proposito il Ministero ha comunicato che dopo la prima mancata intesa in Conferenza Stato Regioni a maggio 2025, è stato approvato il d.p.c.m. 25 giugno 2025 recante le modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi riconosciuti all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria.

In particolare, il già menzionato d.p.c.m. disciplina le modalità con le quali l'Organismo si può sostituire all'amministrazione regionale:

- nel caso in cui la Regione non nomini il Responsabile regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS);
- nel caso in cui il RUAS o le Regioni non diano applicazione alle misure, previste dal decreto, per la riduzione dei tempi delle liste di attesa.

Il Decreto disciplina, altresì, le modalità di esercizio del potere sostitutivo, che presuppone un confronto tra l'Organismo e la Regione inadempiente. In particolare, l'Organismo contesta alla Regione i ritardi o le inadempienze rispetto agli obiettivi di riduzione dei tempi delle liste d'attesa, sulla base del monitoraggio effettuato dal Ministero della Salute.

Qualora la Regione non possa addurre ragionevoli giustificazioni di fronte ai rilievi fatti o non possa superare il proprio inadempimento entro un ulteriore termine, l'Organismo si può sostituire alla Regione inadempiente per l'adozione degli atti o dei provvedimenti non realizzati ai fini del soddisfacimento delle esigenze di cura dei cittadini.

Va evidenziato che l'articolo 1, comma 6, del d.l. n. 73/2024 attribuisce all'Agenas, analoghi poteri, ovvero la facoltà di attuare, in presenza di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, meccanismi di audit nei confronti delle Regioni nei cui territori insistono le aziende sanitarie locali titolari delle già menzionate agende con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa.

In relazione alla richiesta finalizzata a far emergere se vi sia una effettiva capacità di Agenas di poter effettuare detto controllo e in che modo l'esercizio di tale facoltà si ponesse in relazione con le competenze assegnate all'istituendo Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria assegnatario di analoghi compiti di vigilanza sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero dei ritardi, Agenas: *“(...) rappresenta che, sebbene questa Agenzia disponga delle professionalità e delle risorse adeguate per attuare gli stessi meccanismi, la stessa non si è mai avvalsa della facoltà di esercitare tali poteri considerato che, come sopra descritto, si è ancora in una fase transitoria di avvio della piattaforma, e che la stessa Agenzia non ha ancora avuto modo di relazionarsi con l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, ex articolo 2 del citato d.l. n. 73/2024, che deve essere ancora istituito e che avrà analoghi compiti di vigilanza sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero dei ritardi”*.

Va rilevato in merito alle evidenziate questioni che il legislatore di recente è intervenuto disponendo con l'art. 4, del decreto- legge 7 agosto 2026 n. 144, commi 9 e

10, una serie di modifiche al decreto-legge 73/2024 in ordine alle competenze attribuite all'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria in relazione alle quali si darà conto nel proseguio.

Il Ministero comunicava altresì, già a maggio 2025, come in attuazione dell'art. 2, comma 5, del citato d.l. n. 73/2024, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano avessero istituito l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, presieduta e coordinata dall'assessore alla sanità e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione, chiamata a provvedere, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del medesimo d.l., ad individuare il Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria *".. a cui sono attribuiti le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria e quelli contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa, da adottare con validità annuale (art. 2 comma 5, primo periodo)"*.

In particolare, il RUAS è responsabile in ordine al rispetto dei criteri di efficienza nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime nonché dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano regionale sulle liste di attesa e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento⁵⁶.

Il Ministero ha rappresentato che tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno tempestivamente individuato le Unità centrali di gestione, le quali a loro volta hanno individuato il rispettivo RUAS a cui sono attribuiti le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali in termini di efficacia ed efficienza dell'assistenza sanitaria. Pertanto, conferma il Ministero, l'istituendo Organismo di verifica e controllo non ha esercitato alcuna potere sostitutivo in quanto le autonomie territoriali interessate hanno adempiuto nei termini previsti.

Nella Tabella n. 7 sotto riportata sono indicati i provvedimenti con i quali le Regioni e le Province autonome hanno provveduto ad istituire l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa e i RUAS e lo stato di aggiornamento delle relazioni trimestrali ricevute e il numero di protocollo con cui sono state trasmesse dalle Regioni ai sensi dell'articolo 2, comma 5, del già menzionato decreto n. 73/2024. Ad oggi tutte le Regioni/PA hanno trasmesso le relazioni previste dall'articolo 2, comma 5, del d.l. n. 73/2024. Solo Campania, Marche, PA Trento, Puglia e Sardegna non hanno trasmesso relazioni aggiornate al 2026, mentre le altre regioni hanno provveduto all'aggiornamento trimestrale, come indicato nel suddetto decreto. Al momento sono in fase di acquisizione le relazioni relative al secondo trimestre 2026.

⁵⁶ Il RUAS verifica i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio e segnala le strutture che non rispettano i predetti termini al fine della regolazione contrattuale degli erogatori; redige, inoltre, un rapporto trimestrale di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere assicurando la definizione di interventi formativi che garantiscano che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste di attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

Tabella n. 7 - Provvedimenti di istituzione Unità di gestione/RUAS e stato di aggiornamento relazioni trimestrali ex articolo 2, comma 5 del decreto n. 73/2024 (al 23 settembre 2026)

Regione	Provvedimenti di istituzione Unità di gestione/RUAS	Relazione trimestrale RUAS (ultimo aggiornamento trasmesso)	Prot. n.
Abruzzo	DGR 595 del 25/09/2024	2° trim. 2026	0013449-04/08/2026-DGPROGS-MDS-A
Basilicata	DGR n. 577 del 26/09/2024 determinazione dirigenziale n. 13BA.2024/D.00354 del 30/10/2024	1° trim. 2026	0010839-25/06/2026-DGPROGS-MDS-A
Calabria	DCA 290 del 03/10/2024	1° trim. 2026	0009220-28/05/2026-DGPROGS-MDS-A
Campania	D.G.R.C. n. 12 del 16 gennaio 2025 D.P.G.R. n. 10 del 31 gennaio 2025	4° trim. 2025	0001678-30/01/2026-DGPROGS-MDS-A
Emilia-Romagna	DGR n. 1862 del 30 settembre 2024 Nota Assessore Prot. 31/10/2024. 1226034.U	2° trim. 2026	0013111-30/07/2026-DGPROGS-MDS-A
Friuli-Venezia Giulia	DGR n. 1415 del 27/09/2024	1° trim. 2026	0009244-28/05/2026-DGPROGS-MDS-A
Lazio	DGR n. 790 del 15 ottobre 2024 nota prot. n. 23609 del 9.1.2025	2° trim. 2026	0013484-05/08/2026-DGPROGS-MDS-A
Liguria	DGR n. 863 del 26 settembre 2024 decreto 7140 del 30 ottobre 2024 Decreto del Direttore Generale n. 4600 del 19/06/2025	2° trim. 2026	0012058-15/07/2026-DGPROGS-MDS-A
Lombardia	DGR XII-3020 del 16 settembre 2024 decreto n. 15911 del 23 ottobre 2024	2° trim. 2026	0013101-30/07/2026-DGPROGS-MDS-A
Marche	DGR 1490 del 07 ottobre 2024 DGR 1643 del 28 ottobre 2024	4° trim. 2025	0001653-30/01/2026-DGPROGS-MDS-A
Molise	DCA n. 146 del 30/09/2024 DCA 164 del 30/10/2024 DCA n. 4 del 16/01/2025	1° trim. 2026	0007424-04/05/2026-DGPROGS-MDS-A
Piemonte	D.G.R. n. 29-607/2024/XII del 20.12.2024	1° trim. 2026	0009778-09/06/2026-DGPROGS-MDS-A
PA Bolzano	DGP del 24.09.2024 nr. 801 Decreto di nomina dell'Assessore alla salute d.d. 30.10.2024	2° trim. 2026	0013306-31/07/2026-DGPROGS-MDS-A
PA Trento	deliberazione di Giunta Provinciale n. 1783 dell'8 novembre 2024	4° trim. 2025	0008411-14/05/2026-DGPROGS-MDS-A
Puglia	DGR n. 1877 del 23/12/2024	2° trim. 2025	0017361-07/10/2025-DGPROGS-MDS-A
Sardegna	DGR 34-30 del 18 settembre 2024 decreto 30 del 4/11/2024	1° trim. 2025	0011494-03/06/2025-DGPROGS-MDS-A
Sicilia	Decreto Assessoriale n.1/Gab/2025 del 13 gennaio 2025	1° trim. 2026	0008986-25/05/2026-DGPROGS-MDS-A
Toscana	DGR 1075 del 30/09/2024 DPGR 24110 del 29/10/2024	2° trim. 2026	trasmessa con mail all'Osservatorio Nazionale liste di attesa giovedì 6/8/2026
Umbria	DGR n. 800 del 07 agosto 2024 DGR n 70 del 30 gennaio 2025	2° trim. 2026	0014414-27/08/2026-DGPROGS-MDS-A
Valle d'Aosta	DGR 1185/2024 integrata con DGR 1428/2024 PD 6073/2024	1° trim. 2026	0013492-05/08/2026-DGPROGS-MDS-A
Veneto	Decreto 133 del 26 settembre 2024	1° trim. 2026	0009596-05/06/2026-DGPROGS-MDS-A

Fonte Ministero della salute

Al momento sono in corso le ricezioni delle relazioni relative al primo trimestre 2026. Dalle regioni Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia e Valle d'Aosta non è pervenuta documentazione relativa a due trimestri o più; le regioni sono state sollecitate a trasmettere il rapporto di monitoraggio aggiornato, con cadenza trimestrale, come prescritto dal citato art. 2, c. 5, del decreto-legge n. 73/2024.

In merito alla strutturazione delle attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS) va in questa sede evidenziato come il recente decreto-legge 7 agosto 2026 n. 144, è intervenuto nella ripartizione delle competenze tra Organi del Ministero della salute e Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito presso il Ministero della salute dall'articolo 2, del citato decreto-legge n. 73/2024.

L'articolo 4, del decreto-legge 144/2026 ai commi 9 e 10 interviene, infatti, sulla disciplina dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria al fine di rafforzare le attività di controllo del SIVeAS. L'intervento, modifica l'assetto delle competenze attribuite all'Organismo, mediante una riallocazione di funzioni maggiormente rispondente ai canoni di efficacia ed efficienza delle attività nonché di razionalizzazione organizzativa. Viene prevista una centralizzazione in capo all'Organismo di una serie di funzioni attualmente dislocate presso diverse strutture tecniche del Ministero della salute, al fine di garantire una gestione di tali linee di attività in un'ottica globale e uniforme.

Il comma 9 dell'art. 4 interviene su alcune previsioni dell'articolo 2, del d.l. n. 73/2024. La lettera a) modifica il comma 1, dell'art. 2, del d.l. n. 73 del 2024, nella parte in cui sono definite le funzioni, già attribuite al SIVeAS, che l'Organismo è chiamato svolgere, assicurandone anche il relativo supporto tecnico mediante la sottrazione all'Organismo delle «attività inerenti il monitoraggio dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, afferente al Ministero della salute e all'Agenzia per i servizi sanitari regionali, di cui agli accordi Stato-regioni del 14 febbraio 2002 e dell'11 luglio 2002» (articolo 1, comma 3, lettera f) del decreto del Ministro della salute 17 giugno 2006), di cui rimane titolare il SIVeAS.

La lettera b) abroga il comma 2⁵⁷ dell'articolo 2 in materia di poteri di accesso dell'Organismo presso aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale (SSN) e di avvalimento per tale attività del Comando Carabinieri per la tutela della salute; conseguenzialmente, tramite la lettera c), si procede all'abrogazione del comma 4⁵⁸, recante l'autorizzazione di spesa per le spese di missione legate all'esercizio del richiamato potere di accesso.

⁵⁷ L'art. 2, comma 2, del decreto-legge n. 73/2024 recita "2. Al fine di promuovere e assicurare la piena ed efficace tutela degli interessi dei cittadini al corretto utilizzo dei finanziamenti erogati e di superare le divergenze esistenti nei differenti sistemi sanitari regionali, l'Organismo può esercitare il potere di accesso presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale (SSN), presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione, nei limiti di cui all'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dei relativi provvedimenti attuativi. Le risultanze dei controlli effettuati sono comunicate al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS) di cui al comma 5, che provvede a valutare i conseguenti interventi. Nello svolgimento delle suddette funzioni, l'Organismo può avvalersi anche del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica".

⁵⁸ L'art. 2, comma 4, del decreto-legge n. 73/2024 dispone "Per le spese di missione di cui al comma 2 è autorizzata la spesa di euro 125.000 per l'anno 2024 ed euro 250.000 annui a decorrere dall'anno 2025".

La lettera d) modifica il comma 5, dell'articolo 2, del decreto-legge n. 73 del 2024, stabilendo che il RUAS redige e invia all'AGENAS (invece che all'Organismo, come previsto a legislazione vigente) un rapporto di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste di attesa in ambito aziendale, segnalando le eventuali criticità e indicando le azioni correttive eventualmente poste in essere. La lettera e) modifica il comma 6, dell'articolo 2, del decreto-legge n. 73 del 2024, prevedendo la sottrazione all'Organismo e l'attribuzione al Ministro della salute dei poteri sostitutivi in relazione ai compiti affidati, ai sensi del medesimo decreto-legge, alle regioni e al RUAS.

Il comma 10 interviene sulle funzioni dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, prevedendo l'attribuzione di aree di attività ulteriori rispetto a quelle indicate all'articolo 2, comma 1, del decreto-legge n. 73/2024. Come sopra anticipato, si tratta di funzioni attualmente svolte da altre strutture tecniche del Ministero della salute e, in particolare:

a) monitoraggio del piano sanitario nazionale, dei patti per la salute e verifica dell'attuazione degli accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

b) riconoscimento, conferma e revoca del carattere scientifico degli Istituti di ricovero e cura e degli ospedali di caratura nazionale; gestione della procedura di selezione dei direttori scientifici degli IRCCS; tenuta dell'elenco dei soggetti destinatari della disposizione di cui all'art. 1, comma 353, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

c) finanziamento e monitoraggio dell'attività di ricerca corrente degli IRCCS, dell'ISS, e dell'AGENAS, finanziamento e cofinanziamento pubblico-privato della ricerca in sanità;

d) pianificazione ed attuazione delle funzioni del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM); coordinamento dei programmi di prevenzione a livello nazionale e indirizzo, coordinamento e monitoraggio per l'attuazione del progetto del *National Health Prevention Hub*; raccordo con i dipartimenti di prevenzione delle ASL; raccordo con le strutture interfunzionali ai sensi dell'art. 3, comma 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 196/2023.

3.7 Gli adeguamenti del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie e gli adempimenti in materia di assunzioni

Per quanto riguarda poi gli adempimenti previsti dal decreto legge n. 73/2024 in merito al sistema di prenotazioni delle prestazioni sanitarie, l'articolo 3 prevede l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP), che viene unificato a livello regionale o infra-regionale e, dispone che la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati costituisca condizione preliminare per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*⁵⁹ del decreto-legislativo n.

⁵⁹ Detta disposizione disciplina gli accordi contrattuali tra le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e i soggetti erogatori (strutture private accreditate o professionisti). Costituisce il passaggio finale del processo che trasforma una

502/1992 a pena di nullità. In particolare, al comma 5 del predetto articolo 3, si prevede che il CUP debba attivare un sistema di disdetta delle prenotazioni, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, *“secondo le indicazioni tecniche contenute in linee di indirizzo omogenee a livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano”*.

Evidenzia il Ministero della salute che le dette linee di indirizzo risultano contenute in apposito documento denominato *“Linee di indirizzo omogenee a livello nazionale sistemi CUP”*, che costituisce l’allegato C del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2026-2028.

Il documento, oltre ad aggiornare ed integrare le Linee Guida CUP del 2010 recependo i contributi a carattere regionale e le indicazioni formulate dal Tavolo Tecnico per l’elaborazione e l’operatività del PNGLA 2026-28, definisce le linee di indirizzo di riferimento a livello nazionale per la realizzazione e/o l’evoluzione di Sistemi CUP a prescindere dalle scelte organizzative delle Aziende Sanitarie. Vi sono poi definite le finalità e le caratteristiche operative di cui all’art. 3, commi da 1 a 8, del decreto-legge n. 73/2024, con particolare riferimento ai sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione ed ai sistemi di disdetta delle prenotazioni.

L’adozione del documento, rassicura il Ministero, avverrà contestualmente all’adozione del nuovo PNGLA, di cui il documento costituisce un allegato.

Come in precedenza accennato, in seguito alla revisione apportata al PNGLA 2026-2028 in accoglimento delle osservazioni delle Regioni, il documento contenente le linee di indirizzo per i sistemi CUP costituisce l’allegato B del PNGLA, come visto approvato nella seduta della Conferenza Stato-Regioni dell’11 giugno 2026.

Il decreto-legge, al comma 10 dell’articolo 3, dispone che nell’eventualità che i tempi previsti dalle classi di priorità stabilite dal PNGLA per il triennio 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali sono tenute a garantire l’erogazione delle prestazioni richieste nei limiti delle risorse di cui all’articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213 (legge di bilancio per il 2024), attraverso l’utilizzo dell’attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. In particolare, poi il comma 11 dell’articolo 3 prevede che per le già menzionate

struttura in un fornitore ufficiale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Gli elementi principali regolati dalla norma possono di seguito sintetizzarsi:

- **Natura del contratto:** Regola il rapporto tra le parti definendo i programmi di attività, il volume massimo di prestazioni erogabili (il cosiddetto budget) e i relativi corrispettivi.
- **Selezione e Trasparenza:** I soggetti vengono scelti periodicamente tramite procedure eque e non discriminatorie, pubblicando avvisi che premiano la qualità delle prestazioni.
- **Rapporto Condizionato:** La stipula dell'accordo è subordinata al possesso dell'accreditamento istituzionale. La mancata stipula dell'accordo o il suo rifiuto comporta la sospensione dell'accreditamento stesso.
- **Linee Guida Nazionali:** È compito delle Regioni, in conformità con la programmazione sanitaria, stabilire gli ambiti applicativi di questi accordi e le responsabilità di ASL e Regione stessa nella verifica del rispetto dei contratti.

finalità, il Ministero della salute” con riferimento al 30 giugno 2024” provvede al monitoraggio dell’utilizzo delle predette risorse di cui all’articolo 1, commi 232 e 233, della legge n. 213 del 2023.

Si prevede, infatti, che tali risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, siano accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, *“da redigersi secondo criteri e direttive convenuti con apposito protocollo di intesa tra il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell’economia e delle finanze, e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto”*.

La ricognizione sull’effettiva predisposizione dei Piani regionali, di cui si parlerà esplicitamente nel Capitolo successivo, risulta effettuata dal Ministero della salute che, già prima dell’emanazione del citato decreto-legge – ha proceduto ad effettuare appositi monitoraggi sull’utilizzo delle risorse preordinate all’abbattimento delle liste d’attesa stanziare con le leggi di bilancio 2022, 2023 e 2024. Tale monitoraggio viene periodicamente aggiornato attraverso una ricognizione condotta con tutte le regioni e le province autonome⁶⁰.

Per quanto riguarda la predisposizione dei Piani operativi regionali, il Ministero della salute riceve e monitora i piani operativi anche nell’ambito degli adempimenti LEA. L’Amministrazione a maggio 2025 ha rappresentato che si stava attraversando una fase transitoria, in attesa dell’approvazione definitiva del PNGLA che avrebbe definito gli elementi e le modalità operative che le Regioni devono seguire nella elaborazione e redazione del documento regionale nella cui apposita Sezione *“piani regionali di governo delle liste d’attesa”* risultano elencati gli elementi essenziali e sintetici che i piani di livello regionale devono contenere.

In particolare, si evidenzia che il suddetto protocollo impegna le regioni e le province autonome:

- a gestire tutte le agende di prenotazione tramite i Centri Unici di Prenotazione (CUP),
- a recepire le linee di indirizzo omogenee a livello nazionale riguardanti l’attivazione a cura dei CUP di un sistema di disdetta delle prenotazioni,
- ad adottare il PNGLA 2026-2028 mediante l’adozione da parte di ciascuna regione/PA di un proprio Piano, in coerenza con i contenuti previsti nel PNGLA 2026-2028 e ad implementare le specifiche azioni di monitoraggio previste.

Il nuovo Piano Nazionale introduce, come detto sopra, rispetto alla versione precedente, ancora vigente, delle modifiche consistenti che hanno favorito ed

⁶⁰ Alla data di stesura della presente Relazione i dati disponibili afferiscono ai dati di consuntivo 2024 raccolti ed aggiornati al IV trimestre 2025 di cui si darà conto nel Paragrafo dedicato al monitoraggio sull’utilizzo delle risorse destinate all’abbattimento delle liste di attesa.

innescato un processo innovativo per cui, anche in relazione alla attivazione della Piattaforma di cui all'art. 1 del d.l. n. 73/2024, le regioni hanno provveduto ad adeguarsi.

A dicembre 2025, il Ministero riferisce che, sebbene il nuovo PNGLA non risulti ancora formalmente adottato, esso costituisce, tuttavia, un riferimento a cui le stesse regioni hanno ritenuto di attenersi nello stilare i loro piani regionali evidenziando, in particolare come: *“Nell’attesa dell’approvazione del nuovo PNGLA 2025-2027, tali piani si rifanno ai nuovi contenuti, in particolare in materia dei monitoraggi dei tempi di attesa. Infatti, grazie alla realizzazione della Piattaforma di cui all’art. 1 del d.l. n. 73/2024, si sta lavorando all’implementazione di nuovi indicatori, resi possibili dall’interoperabilità tra la Piattaforma e i sistemi di prenotazione regionali.”*

È previsto che gli aggiornamenti in merito all’attuazione delle misure previste dai singoli piani regionali vengano trasmessi dai RUAS attraverso le relazioni trimestrali previste dall’art. 2, comma 5, del decreto-legge n. 73/2024; tali relazioni, riferisce il Ministero, in attesa dell’avvio della attività in capo all’Organismo di verifica, sono acquisite dalla Direzione Generale della programmazione sanitaria.

L’articolo 4 del decreto-legge, al fine di ridurre i tempi delle liste di attesa ed evitare le degenze prolungate, dispone, peraltro:

- che le visite mediche e specialistiche siano effettuate anche nei giorni di sabato e domenica;
- che la fascia oraria per l’erogazione di tali prestazioni può essere prolungata;
- e che spetta ai direttori regionali della sanità vigilare, a pena di misure sanzionatorie e non premiali, l’attuazione di tale disposizione e la trasmissione di un apposito *report* al Ministero della salute altresì assicurando il corretto ed equilibrato rapporto, soggetto a verifica, tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale.

In relazione ad una specifica richiesta formulata dalla Corte al Ministero della salute in ordine alla verifica della effettiva trasmissione da parte dei direttori generali sanitari dei suddetti *report*, con sollecitazione a voler fornire un apposito resoconto (ove disponibile) che desse conto delle verifiche sull’attuazione del corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero-professionale, è stato evidenziato che quasi tutte le Regioni e Province autonome abbiano adempiuto⁶¹ alla trasmissione di detta documentazione.

Nella Tabella 8 sotto riportata sono evidenziati i riscontri ricevuti dalle Regioni e delle Province autonome in merito all’attività erogata durante i fine settimana e con fascia oraria prolungata.

⁶¹ Ad eccezione di Abruzzo e Sicilia che sono state sollecitate nuovamente dal Ministero con termine ultimo al 15 maggio 2026.

Tabella n. 8 - Esito dei riscontri in merito all'attività erogata durante i fine settimana e con fascia oraria prolungata

Regione	Riscontro su aperture serali e festive
Abruzzo	N.D.
Basilicata	La rendicontazione delle prestazioni rese il sabato, la domenica e in orario prolungato è un'attività in capo alle Aziende e alla data della ricognizione non sono stati riscontrati tali dati rendicontati tra quelli trasmessi.
Calabria	In riferimento all'art. 4 del decreto-legge 73/2024, convertito con modificazioni dalla legge 107/2024, sono state erogate un totale di 98.950 prestazioni il sabato, la domenica e in orario prolungato.
Campania	In merito all'attività erogata nei fine settimana viene richiamata la nota prot. n. PG/2025/0064810 con la quale, in riscontro alla richiesta del Capo di Gabinetto del Ministero della Salute - nota prot. n. 18504 del 20/12/2024, viene trasmesso il dettaglio del volume di prestazioni erogate nei giorni di sabato e domenica nell'anno 2024, complessivamente pari a 3.922.120 prestazioni.
Emilia-Romagna	Si evidenzia che non è ben definito nel quesito il perimetro dell'indagine. Non si chiarisce infatti se le prestazioni rese nelle giornate di sabato e domenica riguardano tutta l'attività di specialistica ambulatoriale svolta in regime istituzionale o solo le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Inoltre, per quanto riguarda l'erogazione in orario prolungato, non è precisato quale sia l'orario di interesse ai fini dell'indagine.
Friuli-Venezia Giulia	La Regione comunica che nel corso del 2024 sono state erogate complessivamente 568.383 prestazioni il sabato e la domenica e 55.057 prestazioni in orario prolungato e nel corso del 2025 sono state erogate 290.685 prestazioni il sabato e la domenica e 36.620 prestazioni in orario prolungato.
Lazio	Non ha fornito riscontro in merito a questo quesito.
Liguria	Si evidenzia che non è ben definito nel quesito il perimetro dell'indagine. Non si chiarisce infatti se le prestazioni rese nelle giornate di sabato e domenica riguardano tutta l'attività di specialistica ambulatoriale svolta in regime istituzionale o solo le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Inoltre, per quanto riguarda l'erogazione in orario prolungato, non è precisato quale sia l'orario di interesse ai fini dell'indagine.
Lombardia	In relazione all'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale nei giorni di sabato e domenica, nonché all'estensione dell'orario di attività ambulatoriale nelle fasce pomeridiana e serale, nel periodo gennaio-settembre 2025 sono state effettuate circa 340.000 prestazioni aggiuntive, relative alle prestazioni critiche, con esclusione di quelle di laboratorio e di pronto soccorso.
Marche	Nell'ambito del potenziamento dell'offerta assistenziale relative a visite diagnostiche e specialistica ambulatoriale, nel primo semestre 2025 sono state effettuate complessivamente 194.907 prestazioni il sabato e la domenica.
Molise	Nel I semestre 2025 la disponibilità totale delle agende dedicate ai giorni sabato e domenica, esclusa l'attività di laboratorio analisi, è pari al 3,4% della disponibilità totale delle agende. Di questo 3,4%, circa il 59% è stato prenotato, mentre circa il 46% è stato erogato.
Piemonte	Si evidenzia che non è ben definito nel quesito il perimetro dell'indagine. Non si chiarisce infatti se le prestazioni rese nelle giornate di sabato e domenica riguardano tutta l'attività di specialistica ambulatoriale svolta in regime istituzionale o solo le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Inoltre, per quanto riguarda l'erogazione in orario prolungato, non è precisato quale sia l'orario di interesse ai fini dell'indagine.
PA Bolzano	Si evidenzia che non è ben definito nel quesito il perimetro dell'indagine. Non si chiarisce infatti se le prestazioni rese nelle giornate di sabato e domenica riguardano tutta l'attività di specialistica ambulatoriale svolta in regime istituzionale o solo le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Inoltre, per quanto riguarda l'erogazione in orario prolungato, non è precisato quale sia l'orario di interesse ai fini dell'indagine.
PA Trento	Si evidenzia che non è ben definito nel quesito il perimetro dell'indagine. Non si chiarisce infatti se le prestazioni rese nelle giornate di sabato e domenica riguardano tutta l'attività di specialistica ambulatoriale svolta in regime istituzionale o solo le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Inoltre, per quanto riguarda l'erogazione in orario prolungato, non è precisato quale sia l'orario di interesse ai fini dell'indagine.

Regione	Riscontro su aperture serali e festive
Puglia	Si evidenzia che non è ben definito nel quesito il perimetro dell'indagine. Non si chiarisce infatti se le prestazioni rese nelle giornate di sabato e domenica riguardano tutta l'attività di specialistica ambulatoriale svolta in regime istituzionale o solo le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Inoltre, per quanto riguarda l'erogazione in orario prolungato, non è precisato quale sia l'orario di interesse ai fini dell'indagine.
Sardegna	Si evidenzia che non è ben definito nel quesito il perimetro dell'indagine. Non si chiarisce infatti se le prestazioni rese nelle giornate di sabato e domenica riguardano tutta l'attività di specialistica ambulatoriale svolta in regime istituzionale o solo le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Inoltre, per quanto riguarda l'erogazione in orario prolungato, non è precisato quale sia l'orario di interesse ai fini dell'indagine.
Sicilia	N.D.
Toscana	Si evidenzia che non è ben definito nel quesito il perimetro dell'indagine. Non si chiarisce infatti se le prestazioni rese nelle giornate di sabato e domenica riguardano tutta l'attività di specialistica ambulatoriale svolta in regime istituzionale o solo le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Inoltre, per quanto riguarda l'erogazione in orario prolungato, non è precisato quale sia l'orario di interesse ai fini dell'indagine.
Umbria	Nel periodo gennaio-settembre 2025 sono state erogate nei fine settimana 20.685 prestazioni tra quelle sottoposte a monitoraggio rispetto al PNGLA.
Valle d'Aosta	Si evidenzia che non è ben definito nel quesito il perimetro dell'indagine. Non si chiarisce infatti se le prestazioni rese nelle giornate di sabato e domenica riguardano tutta l'attività di specialistica ambulatoriale svolta in regime istituzionale o solo le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. Inoltre, per quanto riguarda l'erogazione in orario prolungato, non è precisato quale sia l'orario di interesse ai fini dell'indagine.
Veneto	La Regione, con DGR n. 320/2013, Legge Regionale n. 30/2016, DGR n. 479/2019 e DGR n. 626/2024 ha inteso potenziare l'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale mediante la possibilità di prolungamento dell'orario di erogazione e l'apertura degli ambulatori nelle giornate festive e prefestive. Considerando la totalità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'attività fornita in orario serale (dalle ore 20 alle ore 24) quale evidenza del prolungamento della fascia oraria di attività, nel periodo da gennaio a settembre 2025 sono state erogate un totale di 10.280 prestazioni festive, 42.072 prestazioni prefestive e 18.136 prestazioni in orario prolungato

Fonte: Ministero della salute

In relazione a quanto disposto dall'art. 1, comma 222, della legge 30 dicembre 2023 n. 213⁶² (legge di bilancio 2024), la Segreteria del Comitato LEA – riferisce il Ministero - ha avviato le opportune iniziative per raccogliere le informazioni relative alla istituzione dell'Organismo paritetico regionale in materia di ALPI e alle relazioni semestrali sulle attività svolte in modalità di libera professione.

Il quadro riassuntivo dello stato di attuazione del disposto normativo, fornito dall'Amministrazione, mostra che:

- non tutte le regioni hanno istituito gli Organismi Paritetici regionali (Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia e Valle D'Aosta);
- per le regioni che li hanno istituiti, le ultime consultazioni risultano risalenti nel tempo, salvo che per le regioni Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna e Veneto;
- le relazioni semestrali sono state trasmesse solo da poche regioni.

⁶² La disposizione stabilisce che: "In coerenza con quanto previsto dall'articolo 15-quattordicesimo del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa di cui all'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 21 febbraio 2019, relativa al blocco dell'attività intramoenia in caso di superamento del rapporto tra attività libero-professionali e attività istituzionali, l'Organismo paritetico regionale, istituito a seguito dell'adozione del suddetto Piano, presenta una relazione semestrale sullo svolgimento dell'attività intramoenia al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), da prendere in considerazione nell'ambito della valutazione degli adempimenti relativi alle liste di attesa".

Tenuto conto della estrema variabilità dei dati emergenti dalle relazioni trasmesse, il Comitato LEA, al fine di rendere omogenei i contenuti delle suddette relazioni, ha presentato la versione finale del *format* costruito ai componenti del Comitato LEA, che veniva approvato nella seduta del 4 marzo 2026. Detto *format*, costituirà adempimento sottoposto a verifica per l'annualità 2025 e viene a rappresentare un *item* dell'adempimento denominato *"(ABC) Monitoraggio Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI)"*⁶³ del Questionario anno 2025 la cui approvazione è avvenuta nella seduta del 9 aprile 2026.

Secondo l'Amministrazione il consolidamento della piattaforma Agenas, unitamente ai flussi legati all'attività erogata dalle aziende pubbliche e alla raccolta dati che la stessa Agenas da tempo ha avviato per il monitoraggio dell'ALPI, permetterebbero comunque di attivare una idonea reportistica, che è stata già avviata in modo sperimentale, per tenere sotto controllo il fenomeno.

Per quanto attiene alle misure destinate all'incentivazione dell'offerta mediante l'aumento delle prestazioni mediche, l'articolo 5 del decreto-legge n. 73/2024 dispone il superamento del tetto di spesa già previsto per il personale del Servizio sanitario nazionale purché sia assicurata la compatibilità con la programmazione regionale in materia di assunzioni mediante il piano dei fabbisogni triennali e garantito il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale.

In particolare, al comma 2 si prevede che a decorrere dall'anno 2025, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del SSN delle regioni, *"con uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è adottata una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN....I piani dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale predisposti dalle Regioni sulla base della predetta metodologia sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano."*

Alla data di stesura della presente Relazione, tali decreti (concernenti la metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del SSN), non risultano adottati e il Ministero ha fornito solo le risultanze dei contributi messi a disposizione dall'Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR e dalla competente Direzione generale delle professioni sanitarie e da Agenas.

Quest'ultima rappresenta di aver *"fornito il proprio supporto tecnico finalizzato ad*

⁶³ Con memoria di replica del 23 settembre 2026 in sede di contraddittorio il Ministero specifica che tale adempimento va considerato a sé stante - così definito *"(ABC) Monitoraggio Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI)"* - e monitorato attraverso due indicatori/items:

1. *Invio da parte dell'Organismo paritetico delle Relazioni semestrali, attraverso l'utilizzo del format approvato, entro i termini previsti dalla normativa;*
2. *Invio della relazione contenente le azioni correttive, programmate e attuate, nel caso di superamento del rapporto tra attività libero-professionali e attività istituzionali, di cui all'art. 1, co. 222, L. 30 dicembre 2023, n. 213.*

individuare gli esiti della metodologia adottata in via sperimentale con decreto 24.1.2023, in attuazione dell'art. 11 del decreto-legge n. 35/2019, come convertito, al fine di valutarne l'applicabilità ai sensi dell'art. 5, comma 2, del citato decreto-legge n.73/2024. A seguito di riunioni di coordinamento tra rappresentanti del Ministero [della Direzione generale competente in materia di professioni sanitarie] e rappresentanti di Agenas, sono stati acquisiti gli esiti della sperimentazione condotta. Gli esiti della sperimentazione consentono allo stato attuale di adottare gli standard minimi della metodologia in uso per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN in ambito ospedaliero e in ADI e limitatamente alle figure professionali contemplate nel DM 24.1.2023 mentre, per gli standard massimi, occorrono ulteriori approfondimenti. Agenas, sempre ai fini della determinazione dei fabbisogni del personale del SSN, ha inviato successivamente un contributo con la verifica per la dirigenza medica delle ore lavorate 2024 convertite in FTE, per ogni Regione/stabilimento ospedaliero. Nelle more è stata avviata istruttoria del decreto recante la metodologia per l'individuazione del fabbisogno di personale relativo ai servizi pubblici per le dipendenze, oltre a quelli riferiti alle altre aree e le altre aree salute mentale adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere. Agenas, per parte di competenza, ha fornito riscontro alle osservazioni formulate sul decreto dalla Ragioneria Generale dello Stato. Con riferimento, infine, al richiesto quadro riassuntivo sui piani di fabbisogno triennali trasmessi dalle Regioni ai sensi di quanto previsto dal decreto-legge n.35/2019, come convertito, per quanto di competenza, si rappresenta che gli stessi piani non vengono sottoposti alla valutazione di Agenas, la quale li ha quindi valutati solo quando richiesto dal tavolo adempimenti LEA, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 11 del citato decreto-legge n. 35 del 2019, come convertito."

La Direzione generale delle professioni sanitarie ha riferito che, sulla base della sperimentazione condotta da Agenas ed in esito ad incontri tenuti alla presenza anche del rappresentante della Commissione salute della Conferenza delle regioni e province autonome per un confronto sui possibili contenuti del decreto previsto dalla normativa in esame, si è ritenuto necessario continuare i lavori di sperimentazione (quanto all'individuazione di taluni standard massimi) e svolgere ulteriori verifiche preliminari (quanto all'individuazione degli standard minimi).

In merito, il Ministero riferisce che a maggio 2026, a seguito di diverse interlocuzioni e incontri con la Direzione Generale delle Professioni Sanitarie, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della salute ed alcuni esperti indicati dall'Ufficio di Gabinetto ed Agenas, sono state effettuate ulteriori analisi dei dati, elaborazioni e simulazioni. Tali attività hanno inizialmente coinvolto alcune Regioni (Lazio e Toscana), per poi essere estese a tutto il territorio nazionale. Inoltre, risulta avviata l'analisi delle ore lavorate relative all'annualità 2024, acquisite tramite il sistema RELCA e fornite da IGOP, al fine di calcolare i fabbisogni per il 2024, in integrazione con le precedenti simulazioni sull'annualità 2023. Il Ministero ha provveduto altresì a verificare gli standard minimi per ciascuna Regione, fornendo una panoramica completa mentre Agenas ha proseguito senza soluzione di continuità gli approfondimenti della Metodologia con il gruppo ristretto di Regioni.

3.8 L'assistenza territoriale e la riduzione delle liste di attesa

Le misure preordinate alla riduzione delle liste di attesa devono essere trattate anche tenendo in debita considerazione le conseguenze relative all'adozione del d.m. n. 77/2022 di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale⁶⁴.

Nel decreto, si persegue l'obiettivo dichiarato di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze e costruendo, al contempo, un modello di erogazione dei servizi condiviso e omogeneo sul territorio nazionale per una sanità più vicina alle persone. La Riforma costituisce obiettivo del PNRR - M6C1R.1.1 - Riforma 1: *Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Componente 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"*

La seguente Tabella n. 9 rappresenta la misura e dà conto delle Milestone, europee e italiane.

Tabella n. 9 - Milestone della misura PNRR: M6C1R1.1 relativa alla riforma dell'assistenza territoriale

Nr. Seq. M&T	Tipo Indicatore	Nome Indicatore	ITA/UE	Indicat. qualitativo	Trimestre Ob.	Anno Ob.
M6C1-1	Milestone	Entrata in vigore del diritto derivato (decreto ministeriale) che prevede la riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria.	UE	Disposizione nella normativa che indica l'entrata in vigore della normativa.	Q2	2022
M6C1-00-ITA-2	Milestone	MLS 1 Costituzione Gruppo di Lavoro per la definizione di standard territoriali finalizzati alla riforma dell'organizzazione dell'Assistenza Sanitaria Territoriale	ITA	Costituzione Gruppo di Lavoro	Q4	2021
M6C1-00-ITA-3	Milestone	MLS 1 Completamento delle attività finalizzate all'acquisizione del parere in Conferenza Stato-Regioni per la definizione della riforma dell'organizzazione della Assistenza Sanitaria Territoriale	ITA	Presentazione del documento in Conferenza Stato-Regioni	Q1	2022

Fonte: Ministero della salute

La riforma si basa su un nuovo approccio, il cd. Progetto Salute, che prevede la presa in carico della persona, in termini assistenza sociosanitaria anche in un'ottica di prevenzione, non solo di cura, volta ad una programmazione e gestione del servizio a monte.

⁶⁴ In relazione ai quali si è accennato nel Paragrafo del Capitolo 2 dedicato al quadro normativo.

L'organizzazione del sistema di offerta di prestazioni sanitarie e la pianificazione regionale in tema di governo delle liste d'attesa dovrà debitamente valorizzare le strutture e le figure introdotte dalla Riforma in considerazione dell'impatto diretto o indiretto sulla gestione delle liste d'attesa e sulla riduzione dei tempi di accesso agli interventi sanitari.

Sotto il profilo organizzativo-funzionale l'articolazione dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) sul territorio viene individuata nel Distretto, che costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento della rete dei servizi sociosanitari, deputato, inoltre, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

Sono previste inoltre, le seguenti strutture i cui tratti salienti sono di seguito riassunti: casa della comunità, unità di continuità assistenziale, ospedali di comunità e strumenti quali l'assistenza domiciliare, la telemedicina.

- **Casa della Comunità** - Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7 nei casi di Case della Comunità Hub, diffuse su tutto il territorio nazionale. Sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione⁶⁵.
- **Centrale operativa 116117** - La Centrale operativa 116117, sede del Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti, è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale.
- **Centrale Operativa Territoriale - COT** - Svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
- **Infermiere di Famiglia o Comunità** - È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.
- **Unità di continuità assistenziale - UCA** - È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

⁶⁵ In relazione all'attuazione delle progettualità PNRR inerenti le Case di comunità vedasi le deliberazioni della Sezione n. 47/2025/G e da ultimo Deliberazione n. 30/2026/G del 4 marzo 2026 che ha approvato la Relazione inerente "Case delle comunità e presa in carico della persona".

- **Assistenza domiciliare** - Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza, in particolare, alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.
- **Ospedale di Comunità** - È una struttura sanitaria di ricovero afferente all'assistenza territoriale, dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.
- **Rete delle cure Palliative** - È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle Unità Operative, ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.
- **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie** - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza.
- **Telemedicina** - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Dello stato di attuazione di questa riforma sarà data sintetica evidenza nel successivo Capitolo dedicato al monitoraggio delle misure.

Il potenziamento del Servizio sanitario nazionale e dell'assistenza territoriale, sono stati disciplinati, successivamente, dalla legge di bilancio 2024 che ha previsto ulteriori misure di incremento del livello di spesa massima autorizzato (ex art 1, comma 274

legge n. 234/2021 di 250 milioni di euro per l'anno 2025 e 350 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026), anche con riferimento a nuove assunzioni di personale sanitario, al fine di implementare ulteriormente gli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), demandando ad un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, la ripartizione delle somme ulteriori fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. In ordine alla ripartizione delle risorse stanziare il Ministero indica tra i decreti adottati:

- il decreto 23 dicembre 2022 ⁶⁶(ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234);
- il decreto 25 settembre 2024 ⁶⁷ (ai sensi dell'articolo 1, comma 244, della legge 30 dicembre 2023 n. 213). La tabella A allegata a quest'ultimo decreto contiene la ripartizione proporzionale delle risorse tra le varie regioni distinta tra case di comunità, centrali operative territoriali, ospedali di Comunità e Unità di continuità assistenziale considerando quale presupposto i target individuati dal decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2022 ovvero 1.350 case di comunità, 600 centrali operative, 400 ospedali di comunità già previsti dal PNRR, e anche tenendo conto che il citato d.m. n. 77/2022 prevedeva l'istituzione di una Unità di continuità assistenziale ogni 100.000 abitanti.

Completa il quadro dell'assistenza sanitaria territoriale il Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027 il cui Piano di azione è stato adottato con decreto del Ministro della salute 20 febbraio 2025, di concerto con il Ministro per gli Affari Europei, il PNRR e le politiche di coesione.

Il Programma Nazionale Equità nella Salute interviene per rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso, sia nell'ottica di realizzare un'azione di sistema e di capitazione dei sistemi sanitari regionali nelle sette Regioni meno sviluppate del Paese⁶⁸ che in quella di potenziare la capacità di raggiungere le fasce più vulnerabili della popolazione sotto i profili sociale ed economico.

Il Piano attuativo, che persegue l'Obiettivo di Policy 4, previsto dal Regolamento (UE) 2021/1060, di *"un'Europa più sociale e inclusiva attraverso l'attuazione del Pilastro europeo dei diritti sociali"*, è sostenuto con risorse provenienti sia da fondi FSE+ che FESR per ognuno dei quali è individuata una priorità collegata ad un determinato obiettivo specifico e si articola nelle quattro aree prioritarie di intervento costituite dal contrasto alla povertà sanitaria, dalla cura della salute mentale, del genere e della maggiore copertura degli *screening* oncologici.

Il Piano definisce le seguenti azioni da adottare:

⁶⁶ Pubblicato nella GU n. 86 del 12 aprile 2023.

⁶⁷ Pubblicato in GU n. 302 del 27 dicembre 2024.

⁶⁸ Destinatari delle azioni del Programma Nazionale di Equità nella Salute (PNES) 2021-2027 sono le Regioni Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia.

1. acquisizione ambulatori mobili completi di attrezzature diagnostiche tramite ordinativo di fornitura in adesione allo strumento centralizzato messo a disposizione da Consip (ad esito di apposita procedura centralizzata in fase di realizzazione).
2. Acquisizione di attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari.
3. Interventi di adeguamento infrastrutturale dei Dipartimenti di salute mentale, dei Consultori familiari e dei Punti per gli screening oncologici, ove non già finanziati da fondi PNRR.
4. Acquisizione di personale sanitario, socio sanitario e amministrativo per la sperimentazione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP), la sperimentazione di modelli organizzativi e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali specifici per i Consultori familiari, per lo sviluppo di metodi e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti ai test di screening e la sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening.
5. Progettazione/erogazione percorsi di adeguamento delle competenze del personale sanitario e sociosanitario per la sperimentazione dei PTRP, di modelli e percorsi dei Consultori Familiari e punti per lo screening oncologico, ivi inclusa la formazione per il personale che opera all'interno delle strutture di cui all'articolo 3 -ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211⁶⁹
6. Accordi di coprogettazione con gli ETS per la realizzazione dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati (PTRP) secondo le modalità del budget di salute.

Le azioni, di cui si sottolinea nel decreto la rispondenza al fabbisogno espresso dai territori in fase di programmazione e di pianificazione operativa, sono ritenute necessarie per supportare i servizi sanitari territoriali verso il cambiamento necessario per garantire la rispondenza ai bisogni di cura della popolazione.

Di ogni azione è fornita in formato tabellare per ciascuna regione considerata il dettaglio di pianificazione quantitativa, temporale e il quadro sinottico dell'allocazione delle risorse finanziarie. Sono previste inoltre, delle tabelle dettagliate per aziende e strutture sanitarie.

Appare interessante sottolineare che sebbene alcune iniziative attuative del Piano siano sovrapponibili ad iniziative finanziate con altre risorse, il provvedimento evidenzia che, in coerenza e complementarità con gli interventi previsti dal PNRR – Missione 6 – Salute, le iniziative, da attuarsi a livello locale, anche nell'ambito delle

⁶⁹ Recante: *“Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”*, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9. La normativa ha sancito il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) in Italia. Ha stabilito che le misure di sicurezza del ricovero in OPG dovevano essere eseguite esclusivamente all'interno di strutture sanitarie regionali, istituendo di fatto le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza).

case di comunità e poliambulatori specialistici pubblici, sono al di fuori e ulteriori rispetto alla performance (attività extra performance) prevista dai Target PNRR. Inoltre, dette iniziative hanno distinti CUP, al fine di assicurare l'esclusione del doppio finanziamento ai sensi delle previsioni di cui al Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza e ss.mm.ii.

3.9 Le misure attuative per la riduzione delle liste di attesa riconducibili al PNRR

Altre misure volte alla riduzione delle liste di attesa sanitarie e riconducibili al Piano di Ripresa e Resilienza sono quelle relative agli investimenti di seguito descritti.

Nell'ambito del **M6C2I1.3.2**: Missione 6 Salute, Componente 2 *“Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario”*, e di una sub iniziativa dell'iniziativa denominata *“Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione modelli”* dal budget totale di misure pari a 292.550.000 euro di cui risultano impegnate il 97,86 % delle stesse⁷⁰.

Nella sottostante Tabella n. 10 si elencano gli interventi del PNRR che possono influire sulla tematica relativa alla riduzione delle liste di attesa:

⁷⁰ monitoraggio dei dati sul sistema Regis al 3.02.2026

Tabella n. 10 - Interventi del PNRR che possono influire sulla tematica relativa alla riduzione delle liste di attesa

Nr. Seq. M&T	Tipo Indicatore	Nome Indicatore	ITA/UE
M6C2-00-ITA-10	Target	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: riabilitazione territoriale	ITA
M6C2-00-ITA-11	Target	Numero di serie di dati ad alto valore statistico (direttiva UE 2019/1024) per rafforzare l'infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e per la costruzione di un potente modello di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine nel sistema sanitario nazionale (NHS), e creazione di un portale Open Data	ITA
M6C2-00-ITA-13	Target	Sviluppo di una piattaforma nazionale per la creazione di un archivio delle esperienze regionali di telemedicina	ITA
M6C2-00-ITA-15	Target	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: ospedali di comunità e servizi.	ITA
M6C2-00-ITA-16	Milestone	Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Rafforzamento della raccolta, elaborazione e produzione di dati a livello locale	ITA
M6C2-00-ITA-17	Milestone	Costruzione di un potente modello di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine nel sistema sanitario nazionale (NHS)	ITA
M6C2-00-ITA-18	Milestone	Costruzione di un potente modello di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine nel sistema sanitario nazionale (NHS)	ITA
M6C2-00-ITA-19	Milestone	Costruzione di un potente modello di simulazione e previsione per scenari a medio e lungo termine nel sistema sanitario nazionale (NHS) - Completamento del Centro nazionale di prevenzione sanitaria	ITA
M6C2-00-ITA-31	Milestone	Pubblicazione di una procedura di gara per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e per la costruzione di un potente modello di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine nel sistema sanitario nazionale (NHS)	ITA
M6C2-00-ITA-4	Milestone	Disposizione normativa secondo il GDPR per consentire al MSAL e ad altre Agenzie Sanitarie Nazionali di trattare dati individuali per scopi di interesse pubblico	ITA
M6C2-00-ITA-5	Milestone	Pubblicazione di un bando di gara per il rafforzamento della raccolta, elaborazione e produzione di dati a livello locale	ITA
M6C2-00-ITA-6	Milestone	Pubblicazione di una procedura di gara per lo sviluppo di una piattaforma nazionale per la creazione di un archivio delle esperienze regionali di telemedicina	ITA
M6C2-00-ITA-9	Target	Numero di Software Development Toolkit (SDK) per facilitare l'interoperabilità e la semantica / ontologia tra enti NHS (NSIS)	ITA

Fonte: Ministero della salute

In particolare, si fa riferimento alla sequenza di M&T M6C2I1.3.2.3 consiste espressamente nella *“Costruzione di un potente modello di simulazione e previsione degli scenari a medio e lungo termine nel sistema sanitario nazionale (NHS)”*, sia sotto il profilo della concettualizzazione del modello, sviluppo dell'algoritmo e *governance* del progetto che della progettazione e costruzione dello strumento di simulazione di scenari predittivi. Le *milestone* si riferiscono alla concettualizzazione del modello di previsione, allo sviluppo dell'algoritmo, alla *governance* del progetto, alla progettazione e alla costruzione di strumenti avanzati di analisi e simulazione per la previsione degli scenari.

In ordine allo stato di avanzamento di questo intervento, attualmente in corso, dal sistema Regis risulta che questa misura di investimento presenta rischi che vengono definiti amministrativi legati alla definizione della procedura e dei processi di acquisto, alla numerosità delle amministrazioni pubbliche e degli enti coinvolti, al coinvolgimento delle *software house* per la digitalizzazione delle ASL e all'insufficiente dotazione di personale in termini di numero di dipendenti e competenze all'interno delle amministrazioni regionali, nonché altri rischi organizzativi relativi sia all'allineamento delle competenze professionali legate alle nuove tecnologie e innovazioni digitali che alla disomogeneità tra i sistemi sanitari regionali in termini di competenze e procedure alla base dei processi di acquisto e gestione del patrimonio e ai diversi livelli di digitalizzazione tra le Aziende sanitarie.

Viene evidenziato che i rischi che accompagnano questo investimento saranno gestiti *in primis* attraverso un coordinamento centrale nella pianificazione, erogazione e controlli, strumenti semplificati per facilitare la tempistica delle decisioni e l'unificazione delle diverse fasi del processo decisionale e istruttorio.

Sotto il profilo operativo-amministrativo si fa riferimento alla definizione di una procedura di gara internazionale o altra forma di incentivo/rimborso che consentirà di erogare le risorse alle Regioni al raggiungimento degli obiettivi di intervento come modalità di finanziamento e anche a nuovi strumenti di programmazione partecipata. In ordine agli interventi che incidono in materia di liste di attesa che rientrano sempre nella componente 2 si deve menzionare anche la misura **M6C2I1.3.2.2** - *“Reingegnerizzazione NSIS a livello locale”* - 21 regioni adottano flussi per ospedali di comunità e servizi di assistenza primaria: *target* ITA che da monitoraggio sul sistema ReGiS, risulta da completato.

Altra misura in materia che rientra nelle misure finanziati con fondi PNRR è quella relativa al portale sulla trasparenza che rientra nella componente 1: **M6C1-00-ITA-10** Definizione e approvazione del progetto *“Potenziamento del Portale della Trasparenza”*. Sotto il profilo dei rischi che potrebbero compromettere l'attuazione efficiente, efficace e tempestiva della misura vengono presi in considerazione la disomogeneità a livello regionale nell'attuazione dei LEA territoriali, soprattutto nel settore dell'assistenza domiciliare, la frammentarietà e l'inefficacia dell'integrazione sanitaria e la scarsa

armonizzazione delle norme esistenti anche in considerazione del numero di enti coinvolti.

Il potenziamento del portale, inoltre, deve fare i conti con la questione del bilanciamento di due diritti fondamentali: il diritto alla salute e il diritto alla protezione dei dati personali.

Diversi i rischi organizzativi e finanziari presenti (l'inadeguato livello di informatizzazione di alcune aziende sanitarie, le diverse modalità di rendicontazione tra regioni e aziende sanitarie, gli scarsi investimenti in sicurezza informatica e quindi il rischio di violazione di dati sanitari) hanno indotto il legislatore a prefigurare anche degli strumenti che faranno seguito alla misura quali: quelli volti a favorire le decisioni contestuali e l'unificazione delle fasi decisionali e preliminari delle procedure, nonché l'individuazione di metodi di finanziamento innovativi per remunerare i servizi rivolti a persone con condizioni croniche e fragili (ad esempio budget di salute).

Questi interventi, insieme all'individuazione di misure volte a facilitare il coinvolgimento degli enti locali e degli altri *stakeholder* coinvolti, consentiranno di superare gli ostacoli amministrativi, interventi volti al rafforzamento della *cyber security* e analisi più puntuali.

3.10 Le misure adottate per la riduzione delle liste di attesa e la loro attuazione: considerazioni

L'indagine evidenzia come il decreto-legge n. 73 del 2024 rappresenti il più rilevante tentativo di riforma organica della materia realizzato negli ultimi anni. Le misure introdotte delineano un modello di governance maggiormente centralizzato rispetto al passato e fondato sulla disponibilità di informazioni tempestive, sulla digitalizzazione dei processi e sul rafforzamento dei poteri di coordinamento e verifica.

Deve essere valutata positivamente l'impostazione complessiva del nuovo impianto normativo, che appare orientato a superare alcune delle principali criticità già evidenziate nelle precedenti attività di controllo, in particolare quelle relative alla frammentazione dei sistemi informativi, alla limitata disponibilità di dati comparabili tra territori e alle difficoltà incontrate dal Ministero della salute nell'esercizio delle proprie funzioni di coordinamento. Tuttavia, le risultanze istruttorie mostrano come gran parte delle innovazioni previste si trovi ancora in una fase di implementazione. Molti degli strumenti introdotti non hanno ancora raggiunto una piena operatività e, conseguentemente, non è ancora possibile valutarne gli effetti concreti sulla riduzione dei tempi di attesa.

Peraltro, il successo della riforma risulta fortemente dipendente dalla collaborazione tra Stato e Regioni. Le difficoltà emerse in sede di Conferenza Stato-Regioni su alcuni provvedimenti attuativi evidenziano come il raggiungimento degli obiettivi richieda

un elevato livello di cooperazione istituzionale, senza il quale il rischio è quello di rallentare ulteriormente il processo di attuazione delle misure previste.

Tra gli strumenti introdotti dal decreto-legge n. 73 del 2024, la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa costituisce probabilmente l'intervento di maggiore rilevanza strategica.

La disponibilità di una piattaforma nazionale interoperabile rappresenta un passaggio essenziale per superare una delle principali criticità storicamente riscontrate nell'attività di monitoraggio, ossia la difficoltà di disporre di informazioni uniformi, tempestive e confrontabili sull'intero territorio nazionale. La possibilità di integrare dati relativi alle agende pubbliche, private accreditate e all'attività libero professionale intramuraria potrebbe consentire di acquisire una conoscenza significativamente più accurata sia della domanda sia dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Al tempo stesso, l'istruttoria ha evidenziato la presenza di numerosi fattori di rischio che potrebbero incidere sull'effettiva riuscita del progetto. Tra questi assumono particolare rilevanza la diversa maturità digitale delle amministrazioni regionali, la disomogeneità dei sistemi informativi attualmente in uso, le problematiche legate alla qualità e completezza dei dati e le esigenze di tutela dei dati personali.

Si osserva che il successo della Piattaforma non dipenderà esclusivamente dalla realizzazione tecnologica dello strumento, ma soprattutto dalla capacità di garantire una piena interoperabilità dei sistemi e una corretta alimentazione dei flussi informativi da parte di tutti i soggetti coinvolti. Analogamente rilevante appare l'introduzione del Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione, che potrebbe consentire una programmazione maggiormente basata sull'analisi dei bisogni effettivi di salute e sull'evoluzione della domanda assistenziale. Tuttavia, l'istruttoria ha altresì evidenziato come molte delle innovazioni previste si trovino ancora in una fase iniziale di attuazione e non abbiano ancora prodotto effetti concretamente misurabili sulla riduzione dei tempi di attesa. La distanza tra la definizione normativa degli strumenti e la loro effettiva operatività continua a rappresentare un elemento di criticità che rischia di ritardare il conseguimento dei risultati attesi.

4 MONITORAGGIO DELLE MISURE E DEGLI STRUMENTI PREVISTI PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

Sommario: 4.1 Il monitoraggio delle misure e degli strumenti finalizzati alla riduzione delle liste di attesa. - 4.2 Il monitoraggio delle risorse finanziarie. - 4.3 Il monitoraggio delle prestazioni sanitarie e gli indicatori di riferimento. - 4.4 Il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA). - 4.5 Il monitoraggio delle misure sanzionatorie. - 4.6 Il monitoraggio della riforma sull'assistenza territoriale. - 4.7 Il monitoraggio delle misure del PNRR. - 4.8 Monitoraggio delle misure e degli strumenti previsti per la riduzione delle liste di attesa: considerazioni.

4.1 Il monitoraggio delle misure e degli strumenti finalizzati alla riduzione delle liste di attesa

L'attività del monitoraggio è fondamentale in ogni azione da portare a termine e necessaria a tal fine permettendo, specie attraverso verifiche *in itinere*, valutazioni intermedie sul raggiungimento dei vari step procedurali e prospettiche sul conseguimento del risultato finale.

Con specifico riferimento alla presente indagine il perseguimento dell'obiettivo della riduzione delle liste di attesa sanitarie a livello nazionale coinvolge diversi soggetti (19 Regioni e 2 Province autonome oltre centinaia di aziende e strutture sanitarie) chiamati ad adottare misure diversificate la cui attuazione richiede un attento monitoraggio a livello centrale.

La dimensione nazionale è la risultante del combinato disposto di cui agli artt. 5, 32, 117 Cost., dunque diretta conseguenza dell'articolazione tra Stato e Regioni delle competenze in materia.

Il legislatore delle liste di attesa sanitarie ben consapevole dell'assetto istituzionale e dell'annosità della problematica ha previsto differenti strumenti che agendo su più fronti inseguono, *rectius* perseguono, lo scopo di ridurre le liste di attesa offrendo ai cittadini un servizio sanitario efficiente specie sotto il profilo della tempistica di erogazione delle prestazioni sanitarie.

In quest'ottica il monitoraggio viene attuato per tutte le misure che contribuiscono allo scopo sia di carattere finanziario che di carattere organizzativo e strutturale.

4.2 Il monitoraggio delle risorse finanziarie

Un primo angolo di visuale è quello del monitoraggio relativo alle misure di carattere finanziario.

Le risorse stanziare da parte dello Stato sono, infatti, oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute in ordine all'utilizzo delle stesse.

Sul punto l'art. 3, comma 10, del decreto-legge n. 73/2024, prevede in particolare come le direzioni generali aziendali siano tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni

richieste nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213 attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. Il successivo comma 11 prevede che il Ministero della salute con *"riferimento al 30 giugno 2024"* provveda al monitoraggio dell'utilizzo delle medesime risorse che non possono essere utilizzate per finalità diverse *e, ove non utilizzate*, siano accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale⁷¹ per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali, *"da redigersi secondo criteri e direttive convenuti con apposito protocollo di intesa ... entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto"*). In ordine a tale monitoraggio, il Ministero della salute sottolinea di aver avviato, già prima dell'emanazione del citato decreto-legge, monitoraggi accurati relativi all'utilizzo delle risorse preordinate all'abbattimento delle liste d'attesa stanziare con le leggi di bilancio 2022, 2023, 2024 e 2025 con aggiornamento periodico attraverso una ricognizione condotta con tutte le regioni e le province autonome.

Il monitoraggio è stato effettuato mediante richiesta agli enti interessati, anche a statuto speciale, di compilare schede di dettaglio indicando una serie di dati ritenuti rilevanti: risorse assegnate per l'anno 2022, 2023, 2024 e 2025, valore economico delle prestazioni (suddivise in base alla tipologia in prestazioni di specialistica ambulatoriale e in prestazioni in regime di ricovero ordinario o diurno), estremi dei provvedimenti regionali di assegnazione delle risorse agli enti del SSR, dati sull'utilizzo, anche flessibile (ove previsto dalla normativa), delle risorse (distinte tra strutture pubbliche e private accreditate) nonché risorse non utilizzate e accantonate al termine dell'esercizio. L'Amministrazione ha fornito i dati ottenuti in sede di monitoraggio sui conti sanitari per i consuntivi 2023 e 2024.

I dati più recenti disponibili afferiscono, infatti, ai dati di consuntivo 2024 raccolti ed aggiornati fino al IV trimestre 2025.

Nella successiva Tabella n. 11, elaborata dalla Sezione in base ai dati forniti dal Ministero nel maggio 2026, sono riportate nella prima riga le risorse stanziare dallo Stato, nella seconda le risorse oggetto di finalizzazione regionale, nella terza e nella quarta riga le risorse rispettivamente utilizzate e non utilizzate dalle Regioni distinte, in colonne, in base all'anno di competenza (dal 2022 al IV trimestre 2025). Si tratta di un dato aggregato che valuta il fenomeno finanziario sotto il profilo complessivo senza differenziazioni regionali.

⁷¹ Accantonamento nei bilanci regionali fino al 31 dicembre 2024 ai sensi del comma 11 del decreto-legge 7 giugno 2024 n. 73.

Tabella n. 11 - Quadro complessivo delle risorse per gli anni 2022-2025: stanziare, finalizzate, utilizzate e non utilizzate (in euro)

NORMATIVA PER RECUPERO LISTE ATTESA	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025	TOTALE
ASSEGNAZIONI STATALI	500.000.000	365.483.975	506.472.296	473.500.000	1.845.456.271
FINALIZZAZIONI REGIONALI	500.000.000	286.574.241	477.557.325	382.916.839	1.647.048.405
RISORSE UTILIZZATE RELATIVE AI FINANZIAMENTI DI COMPETENZA	475.921.550	263.736.857	470.073.232	370.255.575	1.579.987.214
RISORSE NON UTILIZZATE RELATIVE AI FINANZIAMENTI DI COMPETENZA DELL'ANNO	23.578.450	22.837.385	31.787.204	12.661.264	90.864.303

Fonte: Corte dei conti su dati Ministero della Salute

I dati forniti dal Ministero della salute e le relative risultanze, in particolare per quanto attiene alle risorse **utilizzate** e **non utilizzate**, scontano l'incompletezza delle informazioni acquisite derivanti dalla circostanza che non tutte le autonomie territoriali interessate hanno fornito le schede di rendicontazione o hanno trasmesso schede non coerenti con i dati precedentemente trasmessi per gli anni 2022-2023⁷² e, alcune Regioni non sono state audite per i conti 2025⁷³.

Il 2022 è l'anno in cui le risorse stanziare dallo Stato sono state maggiormente utilizzate:

- 14 enti su 21 hanno utilizzato il 100% degli importi assegnati, i restanti 7 ne hanno utilizzati comunque più del 50%.

Negli anni successivi le *performance* peggiorano:

Nel 2023:

- solo sette enti (Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Umbria, Veneto, hanno utilizzato tutte le risorse di competenza destinate alla riduzione delle liste di attesa;
- mentre 4 (Sardegna, Lazio, e le Province Autonome di Trento e Bolzano) non hanno finalizzato alcuna quota dello stanziamento statale: in particolare per il Lazio i tavoli di monitoraggio registrano che la Regione non ha finalizzato il finanziamento per il recupero delle liste 2023 in attesa di verificare la corretta compilazione delle liste d'attesa (al fine di verificare la necessità della finalizzazione). I Tavoli tecnici hanno registrato il mancato utilizzo di un finanziamento dedicato al recupero delle liste d'attesa, pur in presenza di prestazioni da recuperare.

⁷² Piemonte e Sardegna.

⁷³ Province autonome di Trento e di Bolzano, Friuli-Venezia Giulia.

- In 5 regioni (Sardegna e Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Trento, Bolzano) le risorse stanziare non risultano utilizzate (100%). In particolare, il Ministero, sul punto, rappresenta che le Province autonome di Bolzano e di Trento interessate per tutti gli anni di competenza 2022-2023-2024, hanno evidenziato:
 - la PA di Bolzano comunica di non aver destinato risorse di competenza 2023 al recupero delle liste d'attesa, ma di aver utilizzato le risorse di competenza 2022, accantonate al 31 dicembre 2022, per circa 2,8 mln di euro;
 - la PA di Trento ha comunicato di non essersi avvalsa per l'anno 2023 della facoltà di cui al decreto legge n. 198/2022 di destinare lo 0,3% del Riparto 2023 al recupero delle liste d'attesa e di non essersi avvalsa per l'anno 2024 della misura di cui all'articolo 1, comma 232 della legge n. 213/2023, riguardante la destinazione dello 0,4%, ritenendo che non sia applicabile alla Provincia Autonoma, che finanzia il proprio sistema sanitario autonomamente, con fondi del bilancio provinciale, potendo la medesima destinare al recupero delle liste d'attesa le risorse ritenute opportune senza alcun vincolo/tetto percentuale, in linea con il proprio Statuto (articolo 79, comma 4). In ogni caso comunica di aver attuato diverse misure inerenti all'abbattimento delle liste d'attesa. Il Tavolo, in occasione della verifica dei conti del 2024, ha chiesto chiarimenti sulle risorse 2023 e 2024 che la Provincia Autonoma ha, eventualmente, stanziato in favore di APSS.

Nel 2024:

- per sei enti (Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Puglia, Veneto) si registra l'utilizzo della totalità delle risorse;
- per due Regioni (Sardegna e Provincia Autonoma di Trento), il totale delle risorse risulta inutilizzato; in particolare per la Sardegna il Ministero specifica che non sono state fornite informazioni in merito all'utilizzo delle risorse 2024; pertanto nelle Tabelle fornite dal Ministero si riporta una percentuale di mancato utilizzo pari al 100% in quanto il Tavolo rimane in attesa di aggiornamenti della Regione;
- per due Regioni (Basilicata e Molise) la percentuale di non utilizzo ha toccato rispettivamente il 44% e 41% mentre per il Friuli-Venezia Giulia detta percentuale si assesta al 39%

Relativamente all'anno 2025, la percentuale di utilizzo delle risorse statali appare in risalita, anche probabilmente come conseguenza della normativa nel frattempo intervenuta (decreto-legge n. 73/2024 e successive leggi finanziarie che hanno previsto una specifica finalizzazione normativa all'abbattimento delle liste di attesa). Comunque, i dati sono limitatamente parziali in quanto tre enti non risultano ancora uditi e due li hanno forniti solo in parte. I restanti sedici enti, quanto ad utilizzo delle risorse stanziare e finalizzate, evidenziano:

- sette enti hanno utilizzato il 100% (Lazio, Toscana, Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria, Puglia);
- le Regioni Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta nonché le PA di Bolzano e Trento non risultano ancora audite per i conti 2025;
- il Molise non ha utilizzato il 60% di risorse;
- per alcune Regioni la percentuale del non utilizzo è pari al 100%

Come si evince dalla suindicata Tabella n. 11 secondo i dati forniti dal Ministero su un miliardo e 800 milioni di risorse stanziare, sembra non siano stati utilizzati circa 91 milioni di euro.

Nella successiva tabella n. 12 sono invece indicate distintamente le risorse destinate alle Regioni e Province autonome, finalizzate alla riduzione delle liste di attesa per gli anni 2022-2025 stanziare, finalizzate, utilizzate e non utilizzate.

Tabella n.12 - Risorse stanziare a livello statale e finalizzate dalle Regioni e Province autonome alla riduzione delle liste di attesa per gli anni 2022-2025

Cod. Reg.	Denominazione Regione	2022	2023		2024		2025					
		Quota di riparto FSN 2022	Quota di riparto 2023 0,3% su FSN 2023	Quota finalizzazione regionale 2023	Quota di riparto 2024 0,4% su FSN 2024	Quota finalizzazione regionale 2024	Quota per incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale medico- Legge 213/2023(art. 1, c. 220 TUTTE LE REGIONI	Quota per incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale comparto sanità- Legge 213/2023(art. 1, c. 220 TUTTE LE REGIONI	Quota per ulteriore incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale medico- Legge 202/2024(art. 4, c. 11	Quota per ulteriore incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale comparto sanità - Legge 202/2024(art. 4, c. 11	TOTALE Quota per ulteriore incremento tariffe orarie per tutte le prestazioni aggiuntive del personale medico e comparto sanità L. 213/2023 (art. 1, c. 220) e D.L. 202/2024 (art. 4, c. 11)	Quota finalizzazione regionale 2025
		L. 30 dicembre 2021, n.234, art. 1, cmm276-279	D.L. N. 196/2022- art. 4 cmm 9 octies .		articolo 1, comma 232, della Legge 30 dicembre 2023, n. 213							
		colonna 1	colonna 2	colonna 3	colonna 4	colonna 5						
010	PIEMONTE	36.862.840	26.806.982	25.000.000	37.056.338	37.056.338	14.660.000	5.864.000	7.457.455	3.046.003	31.027.458	31.027.458
020	VALLE D'AOSTA	1.057.380	770.629	293.638	1.070.091	1.070.091	420.000	168.000	213.523	87.214	888.737	-
030	LOMBARDIA	83.899.340	60.956.297	60.955.297	84.881.721	84.881.721	33.580.000	13.432.000	17.088.975	6.980.004	71.080.979	71.080.979
041	P.A. BOLZANO	4.351.280	3.202.024	-	4.448.092	4.448.092	1.760.000	704.000	890.330	363.656	3.717.986	-
042	P.A. TRENTO	4.538.939	3.305.701	-	4.611.860	-	1.820.000	728.000	925.830	378.156	3.851.986	-
050	VENETO	40.981.245	29.981.045	26.981.045	41.592.317	41.592.317	16.460.000	6.584.000	8.365.076	3.416.721	34.825.797	34.825.797
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	10.368.081	7.548.883	-	10.448.744	-	4.140.000	1.656.000	2.102.893	3.416.721	8.757.948	-
070	LIGURIA	13.326.570	9.694.923	7.732.628	13.395.120	13.395.120	5.300.000	2.120.000	2.694.491	1.100.485	11.214.976	11.214.976
080	EMILIA ROMAGNA	37.733.693	27.581.245	27.581.245	38.180.107	38.180.107	15.060.000	6.024.000	7.674.061	3.134.639	31.893.101	31.893.101
090	TOSCANA	31.542.009	23.122.640	23.000.000	31.916.378	31.916.378	12.660.000	5.064.000	6.415.948	2.620.598	26.760.546	26.760.546
100	UMBRIA	7.436.700	5.476.885	5.476.885	7.480.710	7.480.710	2.980.000	1.192.000	1.504.016	614.316	6.290.332	1.359.251
	MARCHE	12.861.641	9.289.370	9.289.370	12.861.944	12.861.944	51.210.000	2.048.000	2.591.185	1.058.371	10.817.556	3.945.183
120	LAZIO	47.970.518	36.180.796	-	48.823.643	48.823.643	19.260.000	7.704.000	9.911.662	4.007.580	40.783.242	40.783.242
130	ABRUZZO	10.934.065	7.995.873	5.547.333	11.017.742	11.017.742	4.360.000	1.744.000	2.216.923	905.504	9.226.427	9.226.427
140	MOLISE	2.557.190	1.839.018	1.839.018	2.533.991	2.533.991	1.000.000	400.000	513.342	209.267	2.121.609	2.121.609
150	CAMPANIA	46.356.613	33.903.487	33.903.487	47.116.415	47.116.415	18.500.000	7.400.000	9.486.681	3.875.656	39.264.339	39.264.339
160	PUGLIA	32.898.723	24.310.249	19.660.116	33.617.921	33.617.921	13.220.000	5.286.000	6.763.866	2.762.706	28.034.572	28.034.572
170	BASILICATA	4.649.421	3.388.130	3.388.130	4.653.884	4.653.884	1.840.000	736.000	934.590	381.734	3.892.324	3.892.324
180	CALABRIA	15.718.900	11.439.621	11.439.621	15.860.644	15.860.644	6.240.000	2.496.000	3.187.015	1.301.739	13.224.754	13.224.754
190	SICILIA	40.282.075	29.645.412	21.486.528	41.050.259	41.050.259	16.160.000	6.464.000	8.263.322	3.375.160	34.262.482	34.262.482
200	SARDEGNA	13.672.877	10.046.784	-	13.854.367	-	5.440.000	2.176.000	2.782.526	1.136.524	11.535.050	-
999	AGGREGATO NAZIONALE	500.000.000	365.483.975	286.574.241	506.472.297	477.557.325	199.980.000	79.992.000	101.885.000	41.614.999	423.471.999	382.916.839

Fonte: Ministero della salute - Elaborazione Corte dei conti

Tabella n.13 - Regioni e Province autonome. Utilizzo risorse disponibili per la riduzione delle liste di attesa. Anni 2022 -2025

Cod. Reg.	Denominazione Regione	Utilizzi delle risorse di competenza degli anni 2022/2023/2024 / 2025				Risorse non utilizzare per le liste di attesa relative ai finanziamenti di competenza degli anni 2022/2023/2024/ 2025			
		2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
		colonna 8	colonna 9	colonna 10	colonna 11	colonna 12= colonna 1- colonna 8	colonna 13= colonna 3- colonna 9	colonna 14= colonna 4- colonna 10	colonna 15= colonna 7-colonna 11
010	PIEMONTE	36.779.563	23.442.356	33.104.793	26.617.681	83.277	1.557.644	3.951.544	2.409.777
020	VALLE D'AOSTA	1.057.381	293.638	974.881	-	1	-	95.210	-
030	LOMBARDIA	75.269.336	36.086.103	79.012.000	71.080.979	8.110.002	24.869.194	5.869.721	-
041	P.A. BOLZANO	4.351.187	-	4.515.741	-	93	-	67.650	-
042	P.A. TRENTO	4.538.939	-	-	-	-	-	-	-
050	VENETO	40.981.245	29.981.045	41.592.317	34.825.796	-	-	0	-
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	9.555.723	-	14.586.959	-	812.256	-	4.138.215	-
070	LIGURIA	13.326.570	7.732.528	395.120	11.214.776	-	-	0	-
080	EMILIA ROMAGNA	37.733.693	27.581.245	38.180.106	31.893.101	-	0	0	-
090	TOSCANA	31.542.009	26.531.852	37.184.452	26.760.246	-	3.531.852	5.268.074	-
100	UMBRIA	7.436.700	5.476.885	7.258.388	1.242.054	-	0	222.322	117.198
110	MARCHE	12.861.641	9.289.370	12.513.441	3.722.750	-	-	348.503	222.433
120	LAZIO	47.970.518	-	48.823.643	40.783.242	-	-	-	-
130	ABRUZZO	10.934.065	7.387.668	11.058.731	8.197.712	-	1.840.335	40.989	1.028.715
140	MOLISE	2.557.190	1.839.018	1.493.500	831.000	-	-	1.040.491	1.290.609
150	CAMPANIA	43.775.084	33.802.630	47.116.415	36.605.578	2.581.429	100.857	0	2.658.761
160	PUGLIA	32.898.723	19.660.116	33.617.921	28.034.572	0	-	-	-
170	BASILICATA	4.649.421	3.046.449	2.604.635	3.458.974	-	341.681	2.049.259	433.350
180	CALABRIA	10.755.148	10.166.233	8.624.991	10.211.231	4.963.752	1.273.388	7.235.653	3.013.523
190	SICILIA	39.191.724	21.419.722	34.415.197	32.775.583	1.90.351	66.806	6.635.061	1.486.899
200	SARDEGNA	7.735.690	-	-	-	5.937.187	-	13.854.367	-
999	AGGREGATO NAZIONALE	475.921.550	263.736.857	470.073.232	370.255.575	23.578.450	22.837.385	31.787.204	12.661.264

Fonte: Ministero Salute – Elaborazione Corte dei conti

Va evidenziato che per quanto attiene al complesso delle risorse messe a disposizione come rilevato nelle Tabelle precedenti, il Ministero della salute non considerava nel complesso degli stanziamenti l'importo previsto dalla legge n. 207/2024 (legge di bilancio per il 2025) articolo 1, commi 358 e 359 pari a 50.000.000 milioni per l'anno 2025 e 100.000.000 milioni per l'anno 2026. Infatti, tale importo non era stato preso in considerazione, in quanto il decreto di riparto era subordinato all'“adempimento H” i cui relativi criteri di applicazione sono ancora in fase di predisposizione.

In merito l'Amministrazione in sede di memoria di replica fornisce le seguenti precisazioni: “...il Sottogruppo del Comitato LEA dedicato alle Liste di attesa è stato costituito e l'insediamento è avvenuto il 7 luglio u.s. con il primo incontro avutosi con tutti i componenti. Data la rilevanza delle tematiche oggetto di confronto, anche in virtù di quanto definito dal PNGLA 2026-2028, approvato con Decreto del Ministro della salute del 26 giugno 2026 e pubblicato, come sopra riferito, in G.U. il 24 agosto 2026, il Sottogruppo è composto da tutti i referenti delle Regioni, anche a statuto speciale, i rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Economia e Finanze e dell'Agenas. Il primo incontro ha avuto come ordine del giorno la discussione in merito agli obiettivi del sottogruppo e il primo confronto sui dati relativi gli indicatori dell'annualità 2025. Con riferimento a quest'ultimo punto si rappresenta che i criteri di valutazione dell'adempimento H, per l'anno 2025, sono stati validati con l'approvazione del Questionario LEA – Anno 2025, approvato il 9 aprile 2026 e validato a luglio 2026 in sede di tavolo congiunto. Il 15 ottobre è prevista la scadenza per l'invio della documentazione da parte delle regioni ai fini dell'istruttoria di valutazione da parte del Ministero della Salute e degli enti che supportano il Ministero in tale valutazione. Il prossimo incontro del Sottogruppo liste di attesa, previsto per il 23 settembre p.v., avrà, pertanto, come ordine del giorno, la condivisione e la definizione degli indicatori di monitoraggio previsti per la verifica dell'adempimento H per l'annualità 2026 sulla base dei quali si determinerà, in funzione degli esiti della valutazione, la quota di accesso alle somme stanziare dalla L. 207/2025 per l'anno di riferimento, nonché un ulteriore confronto sui dati consolidati relativi all'adempimento H per l'annualità 2025. Con riferimento ai criteri di riparto, contenute nel decreto interministeriale, delle somme stanziare per l'anno 2025 (50 mln€) e delle somme stanziare a decorrere dall'anno 2026 (100 mln€) gli stessi saranno oggetto di condivisione del Comitato Lea dopo le risultanze dell'analisi da parte degli uffici tecnici del Ministero della Salute.”

A settembre 2026 risulta che il relativo decreto interministeriale è in corso di predisposizione.

4.3 Il monitoraggio delle prestazioni sanitarie e gli indicatori di riferimento

Il monitoraggio avente ad oggetto l'erogazione delle prestazioni sanitarie contribuisce a riflettere il cambiamento di prospettiva nella tipologia delle misure apprestate per la riduzione delle liste di attesa come evidenziate nel Capitolo precedente, essendo orientato prioritariamente, prima dell'emanazione del decreto-legge n. 73/2024, al

governo dell'offerta sanitaria.

Il sistema di verifica degli adempimenti che consentono l'accesso alla quota premiale del FSN, di cui all'intesa in Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005 ed il nuovo sistema di garanzia (NSG), hanno permesso di monitorare:

- il tempo di attesa *ex-post*: la percentuale di un pannello di prestazioni, prescritte con priorità B e D ed erogate, per ogni regione, entro il tempo soglia previsto, rispettivamente di 10 giorni per la classe B e di 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici per la classe D;
- il tempo di attesa *ex ante*: la valutazione dei tempi di attesa minimi prospettati all'interno di ogni regione, per tutte le prestazioni previste dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa del 2019-2021, simulando una prenotazione ai CUP all'interno di una settimana indice predefinita;
- i tempi di attesa *ex post* per ricoveri chirurgici per la classe di priorità A.

Evidenzia il Ministero che per la raccolta dei tempi di attesa *ex-post*, il sistema di monitoraggio fa riferimento, per le prestazioni ambulatoriali, al flusso 'tessera sanitaria', attivato ai sensi dell'art. 50 del decreto-legge n. 269/2003, e, per i ricoveri, al flusso delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), integrato con le informazioni sui tempi di attesa con il Decreto ministeriale 8 luglio 2010.

Nel primo caso si tratta di un flusso, su base individuale, che permette di raccogliere, per ogni prestazione erogata in regime ambulatoriale, il codice anonimizzato dell'assistito, della prescrizione cui è riferita, compresa di data e di codice di priorità, la data di prenotazione, la data di erogazione ed il codice della prestazione erogata, il codice della struttura erogante pubblica o privata accreditata. Attraverso questo *set* di informazioni viene determinato l'indicatore *ex post* previsto dal sistema degli adempimenti e dal nuovo sistema di garanzia.

Allo stesso modo, per i ricoveri, l'indicatore viene calcolato sulla base delle informazioni raccolte, dopo la dimissione di un paziente, attraverso la SDO che riporta anche la data in cui il paziente è stato inserito in lista di attesa per il ricovero, la data di accettazione, i codici di diagnosi e di intervento trattati, le date degli interventi, di eventuale trasferimento e di dimissione.

Operare il monitoraggio dei tempi di attesa sulla base di flussi *ex post*, secondo le modalità descritte, determina però, secondo il Ministero, una serie di limiti:

- 1) per l'area ambulatoriale vengono prese in esame solo le prescrizioni con codici di priorità B e D che rappresentano una quota minoritaria del totale e caratterizzata da grande variabilità fra regioni;
- 2) vengono monitorate solo 8 prestazioni, mentre il Piano nazionale di governo delle liste di attesa del 2019-2021 prevedeva 69 prestazioni, e 115 prestazioni sono previste nel PNGLA 2025-2027 in corso di approvazione;

- 3) la data di prenotazione può risentire del fenomeno della sospensione delle agende e, quindi, non essere riferita al momento del primo contatto con il CUP, ma a quello in cui erano presenti disponibilità;
- 4) vengono tracciate solo le prestazioni che sono state prenotate ed erogate all'interno del sistema pubblico, senza tener conto della domanda che il SSN non è stato in grado di soddisfare e che è confluita nel canale dell'erogazione privata o che ha determinato la rinuncia alle cure;
- 5) anche per l'attività di ricovero la data di inserimento nella lista di attesa è un dato non generato in modo automatico da un sistema di prenotazione, ma dall'indicazione inserita nella cartella dal clinico, che può avvenire sulla base di criteri non uniformi fra regioni e fra strutture o reparti della stessa regione.

Anche il sistema *ex ante* presenta, però, secondo l'Amministrazione dei limiti intrinseci, in quanto valuta alcuni giorni indice conosciuti a priori, offrendo la possibilità per il sistema di offerta di attuare pratiche opportunistiche per mantenere i tempi entro i livelli soglia.

Il monitoraggio delle liste e dei tempi attesi evidenzia pertanto un fenomeno complesso, strettamente connesso con i requisiti di equità e sostenibilità del SSN, per cui:

- riguarda un aspetto molto sensibile per l'assistito, rappresentato dal primo livello di accesso al sistema sanitario per un problema di salute non risolvibile dal sistema di assistenza primaria;
- dipende da un insieme di variabili articolate e da influenze esterne non direttamente dipendenti dal sistema sanitario (per esempio: medicina difensiva, induzione della domanda sanitaria per determinanti commerciali, tendenza favorita dai media di disintermediare il filtro del medico nell'accesso a prestazioni specialistiche);
- riguarda un numero estremamente rilevante di prestazioni per oltre 780 milioni, di cui circa 180 milioni soggette a prenotazione (circa 3 prestazioni all'anno per ogni cittadino);
- è di conseguenza connotato da un sistema di accesso alla prescrizione e da un sistema di erogazione estremamente frammentato (pubblico e privato accreditato) costituito da decine di migliaia di studi medici, migliaia di sportelli di prenotazione, di poliambulatori territoriali, presidi ospedalieri, punti prelievo ecc.

Segnala il Ministero che alla complessità "*genetica*" del sistema di prescrizione, prenotazione ed erogazione, corrisponde una forte difficoltà nella comparazione di dati aziendali e regionali, che possono essere condizionati da variabilità *intra e inter* aziendale di comportamenti (si pensi al fenomeno delle agende sospese, alle indicazioni sui codici di priorità, ai limiti funzionali di taluni sistemi informatici ecc.). Gli indicatori sintetici utilizzati finora nel sistema e le relazioni documentali regionali

raccolte periodicamente nell'ambito della verifica adempimenti, hanno certamente permesso al Ministero di effettuare un primo livello di governo e di monitoraggio dell'erogazione dei LEA, fattore così *'sensibile'* per i cittadini.

Riferisce il Ministero che il mantenimento degli indicatori sintetici entro valori soglia (un mancato rispetto anche di un solo adempimento può determinare la perdita della quota premiale o l'ingresso della regione in un piano di rientro) ha comportato una forte attenzione delle autonomie territoriali coinvolte al governo dell'offerta, ma non ha permesso fino ad oggi di poter disporre di indicatori in grado di rappresentare pienamente la realtà del fenomeno.

Un esempio della riferita variabilità viene dall'esame dell'indicatore H1 del sistema degli adempimenti. Il valore è condizionato dalla quantità di prescrizione con tali codici di priorità (che richiedono un appuntamento rispettivamente entro 10 giorni per la classe B e 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici per la classe D), rispetto a quelle *'programmabili'* (priorità P che richiede appuntamento entro 120 giorni).

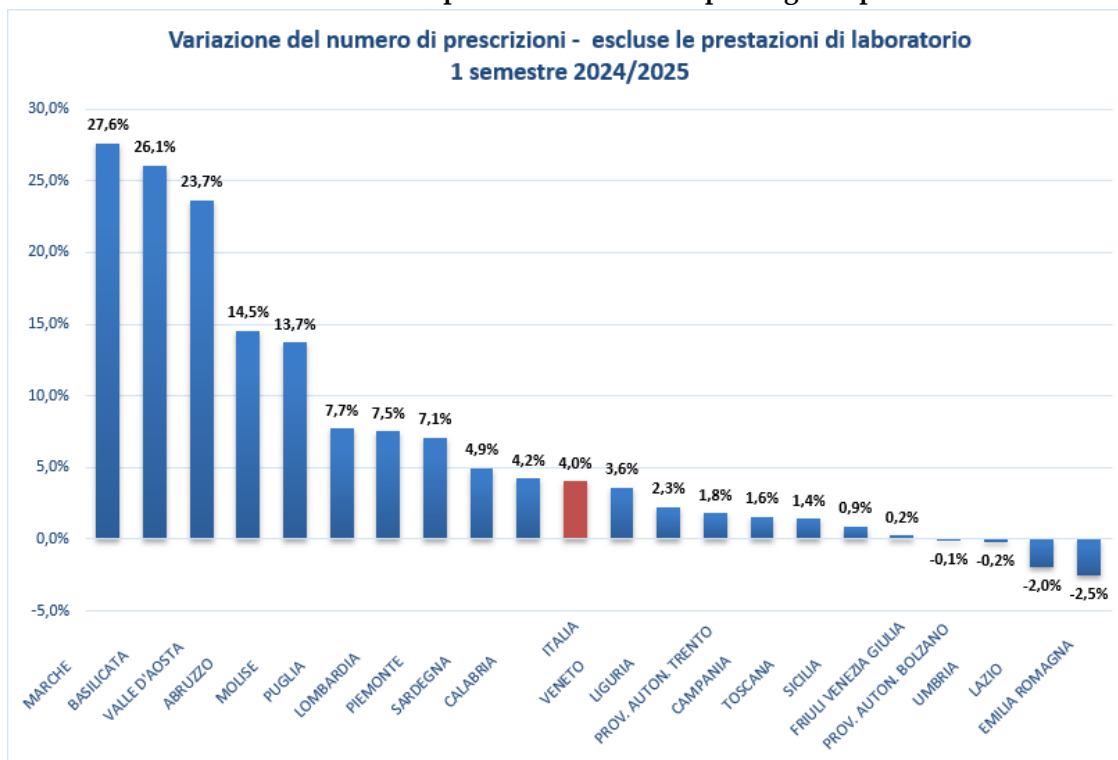
Dall'analisi svolta dal Ministero⁷⁴ emerge che in alcuni enti i comportamenti prescrittivi portano ad avere più dell'80% di prescrizioni definite *"programmabili"*, mentre in altri le stesse rappresentano meno del 10% del totale delle prescrizioni.

Secondo l'Amministrazione, una così decisa forbice, che corrisponde a una variabilità organizzativa indipendente rispetto alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione, altera in modo rilevante l'attendibilità dell'indicatore di monitoraggio utilizzato.

Allo stesso modo, per valutare l'effettiva capacità dei sistemi regionali di mettere sotto controllo il fenomeno, non è sufficiente limitarsi ad osservare l'effettivo utilizzo delle risorse aggiuntive messe a disposizione per incrementare la produzione di prestazioni, ma anche la capacità di governare la domanda di prescrizioni che, come si osserva nella successiva Tabella n. 14, vede un continuo incremento, superiore agli sforzi di potenziamento del sistema di offerta (che pure hanno portato ad un incremento, seppur minimo della produzione) e che è connotata da una forte variabilità regionale

⁷⁴ Desunta dall'Allegato 2 della documentazione istruttoria fornita in data 17 dicembre 2025.

Tabella n. 14 - Variazioni delle prescrizioni mediche per Regione periodo 2024-2025



Fonte: Ministero della Salute

Sotto il profilo dell'offerta, nella Tabella n. 15 che segue, sono riportati i dati relativi al totale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in Italia negli anni 2023 e 2024, distinte per tipologia nonché la variazione percentuale del volume delle stesse. Emerge dalla lettura dei dati che da un anno all'altro la variazione (pubblico + privato accreditato) risulta pari al 4,3% (pari a circa 32.447.158 prestazioni): in conseguenza le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2024 si assestano a 783.875.858. In particolare, per la diagnostica sussiste un incremento quasi del 2%, ovvero di 63.512.802 di prestazioni, mentre per le prestazioni da laboratorio l'incremento è pari al 5% circa con un totale di prestazioni di 605.800.498, mentre per la riabilitazione c'è un incremento quasi nullo e per la terapia addirittura c'è un decremento. Da un rapido calcolo risulta che pur registrandosi un incremento in valore assoluto di oltre il 4% delle già menzionate prestazioni di specialistica ambulatoriale, tuttavia la media, in percentuale del differenziale del volume delle prestazioni tra il 2023 e il 2024, è stata solo dell'1,6%.

Tabella n. 15 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale (totale Italia codice Fare)

PRESTAZIONI	2023			2024			Δ % Volume prestazioni 2023- 2024
	Privato accreditato	Pubblico	Totale	Privato accreditato	Pubblico	totale	
Diagnostica	24.187.406	38.212.983	62.400.389	24.683.782	38.829.020	63.512.802	1,8%
Laboratorio	190.289.263	384.882.306	575.171.669	198.031.016	407.769.482	605.800.498	5,3%
Riabilitazione	16.922.428	8.270.859	25.193.287	16.673.801	84.480.623	25.154.424	0,1%
Terapia	8.976.407	25.697.804	34.674.211	9.145.682	25.313.108	34.458.790	-0,6%
Visite	7.561.075	46.428.069	53.989.144	7.471.860	47.477.484	54.949.344	1,8%
Totale	247.936.679	503.492.021	751.428.700	256.006.141	527.869.717	783.875.858	4,3%

Fonte: Corte dei conti su dati Ministero della Salute

Nella sottostante Tabella n.16 concernente le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate per Regione nel periodo 2019-2024 (quindi pre e post pandemia) si registra nella maggior parte delle Regioni un decremento in termini percentuali del volume delle prestazioni: infatti nel periodo 2019-2024 e 2021-2024 l'incremento è maggiore rispetto al biennio 2023-2024. Vedasi per esempio il Piemonte che nel periodo 2024-2021 presenta il 20% del volume delle prestazioni, mentre nel biennio 2023-2024 solo il 4,2 %; la Valle d'Aosta che nei predetti periodi passa dal 4,8% a -1,5%; la Lombardia che passa dal 12,8% al 2,7%; la Provincia autonoma di Bolzano dal 24,3% all'8,6% con un ricorso al privato accreditato del 78,8%; il Friuli-Venezia Giulia che dal 20% passa addirittura al -0,3%; la Toscana dal 10,6% al -2,8%.

Tabella n. 16 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale per Regioni (2019-2024)

Regione	Δ % Volume prestazioni 2024-2023			Δ % Volume prestazioni 2024-2021			Δ % Volume prestazioni 2024-2019		
	Privato accreditato	Pubblico	Totale	Privato accreditato	Pubblico	Totale	Privato accreditato	Pubblico	Totale
010 - Piemonte	0,0%	4,8%	4,2%	-5,8%	25,2%	20,2%	-0,1%	13,6%	11,7%
020 - Valle D'Aosta	-1,5%	-1,5%	-1,5%	-5,3%	5,1%	4,8%	-18,4%	-10,5%	-10,7%
030 - Lombardia	1,6%	4,0%	2,7%	8,1%	18,4%	12,8%	23,8%	0,2%	11,3%
041 - PA Bolzano	78,8%	7,0%	8,6%	139,1%	22,0%	24,3%	269,5%	-11,3%	-8,6%
042 - PA Trento	11,9%	5,7%	6,6%	22,1%	14,4%	15,5%	43,3%	17,8%	21,1%
050 - Veneto	0,9%	4,8%	4,2%	-6,3%	16,0%	12,3%	-13,2%	-0,6%	-2,6%
	-3,3%	0,2%	-0,3%	4,3%	22,9%	20,0%	63,5%	3,5%	9,0%

Regione	Δ % Volume prestazioni 2024-2023			Δ % Volume prestazioni 2024-2021			Δ % Volume prestazioni 2024-2019		
	Privato accreditato	Pubblico	Totale	Privato accreditato	Pubblico	Totale	Privato accreditato	Pubblico	Totale
060 - Friuli-Venezia Giulia									
070 - Liguria	-0,6%	14,0%	12,9%	-5,5%	37,7%	33,6%	-7,4%	15,8%	13,9%
080 - Emilia-Romagna	-10,3%	6,5%	5,7%	-16,0%	22,6%	20,4%	-35,6%	18,6%	14,8%
090 - Toscana	4,7%	-2,9%	-2,8%	10,0%	10,6%	10,6%	10,9%	14,1%	14,0%
100 - Umbria	10,9%	3,9%	4,0%	24,7%	16,0%	16,1%	12,2%	11,9%	11,9%
110 - Marche	2,9%	10,3%	8,3%	-12,5%	30,3%	15,9%	29,1%	11,1%	15,2%
120 - Lazio	-0,1%	5,6%	3,7%	4,2%	35,4%	23,2%	18,0%	4,5%	8,6%
130 - Abruzzo	-7,3%	6,5%	4,3%	-5,0%	19,7%	15,5%	-5,1%	9,5%	7,2%
140 - Molise	7,0%	33,4%	26,5%	5,6%	233,8%	126,2%	22,8%	5,2%	8,6%
150 - Campania	9,8%	13,7%	10,1%	6,7%	77,5%	10,7%	23,2%	-2,2%	20,3%
160 - Puglia	1,3%	5,2%	5,0%	4,4%	30,1%	27,9%	4,0%	30,6%	28,3%
170 - Basilicata		-20,0%	-20,0%		-53,9%	-53,9%		-49,2%	-49,2%
180 - Calabria	11,3%	8,8%	9,3%	11,7%	59,4%	44,9%	16,4%	4,3%	6,9%
190 - Sicilia	3,1%	7,7%	4,0%	5,0%	41,4%	11,3%	21,5%	1,3%	16,3%
200 - Sardegna	3,9%	11,8%	-1,9%	2,9%	-11,9%	-2,5%	11,1%	-24,3%	-3,8%
Totale complessivo	3,3%	4,8%	4,3%	4,6%	23,6%	16,7%	18,1%	8,8%	11,6%

Fonte: Corte dei conti su dati Ministero della Salute

In ordine ai tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, il monitoraggio avveniva mediante il Questionario LEA nella versione risalente al 2024, poi sostituito dal Questionario Lea anno 2025, approvato nella seduta del 9 aprile 2026 con le Note alla compilazione anno 2025, utilizzando parametri relativi:

- **all'adempimento C.5)** che costituisce obbligo informativo ed è finalizzato a verificare, per tutte le prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della legge n. 326/2003, la corretta copertura dei campi relativi a: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità. La Regione risulta adempiente se il valore soglia di copertura per i suddetti campi è $\geq 90\%$;
- **all'adempimento H)**, composto da 5 item.
 - **H.1)** monitora *ex post* tutte le prestazioni traccianti di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA attraverso gli indicatori: *numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B e numero di*

prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D;

- H.2) monitora *ex ante*, nei quattro periodi indice (gennaio, aprile, luglio e ottobre), la % di garanzia per le prestazioni di classe B, D e P indicando, quale soglia di adempienza $\geq 90\%$;
- H.3) monitora i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, attraverso l'indicatore *proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex d.m. 8/7/2010 n.135 e s.m.i.*, indicando, quale soglia di adempienza $\geq 90\%$, indipendentemente dal regime erogativo;
- H.4) monitora l'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP. Per l'anno 2023, di prima applicazione, il monitoraggio è effettuato sulla base di specifiche informazioni acquisite dalle Regioni, inerenti a: agende totali, agende prenotabili per l'attività istituzionale; agende per visita di controllo e agende prenotabili per ALPI;
- H.5) monitora l'istituzione dell'Organismo paritetico regionale ai sensi del PNLGA 2019-2021 e l'invio da parte dell'Organismo regionale della relazione semestrale relativa al blocco dell'attività intramoenia in caso di superamento del rapporto tra attività libero-professionali e attività istituzionali (Legge 30 dicembre 2023 n. 213 art. 1, comma 222).

Per quanto riguarda lo stato delle valutazioni, il Ministero rappresentava, a maggio 2025, che i riscontri vengono effettuati dal Comitato LEA e dall'Ufficio competente e che ai fini della valutazione dell'adempimento h) era stato completato il percorso relativo all'anno 2021, mentre per le regioni in Piano di rientro la valutazione sarebbe stata affidata ai tavoli congiunti (Tavolo adempimenti e Comitato LEA) durante le riunioni di verifica e monitoraggio dei Piani di rientro.

Da successivi aggiornamenti forniti dal Ministero della salute, è emerso che l'adempimento H) - concernente la tematica delle liste di attesa - nell'anno 2022 è diventato valutativo e che è costituito dai seguenti 3 *item*:

- **H.1) Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 Legge 326/2003.** L'*item* valuta retrospettivamente l'erogazione di 8 prestazioni specialistiche ambulatoriali, quali:
 - visita oculistica, mammografia, TAC torace senza e con contrasto, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN colonna vertebrale, ecografia ostetrica – ginecologica, visita ortopedica, visita cardiologica, rispetto al valore dei seguenti indicatori, calcolati dopo revisione dell'accuratezza del tracciato record:
 - numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B.

- Numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.

Il valore di riferimento per ognuna delle 8 prestazioni previste per il 2022 è $\geq$ al 50%.

Si stabilisce quale criterio di validità dei dati ai fini del calcolo degli indicatori che tutti i campi siano valorizzati almeno al 90% e il tasso di prime visite sia almeno di 50/1.000 residenti.

- **H.2) Monitoraggio ex ante come definito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021.** L'item valuta la capacità di programmazione e governo delle liste d'attesa secondo il Piano Nazionale (PNGLA 2019-2021), monitorando quattro periodi indice (gennaio, aprile, luglio, ottobre), ed individuando quali soglie di garanzia $\geq 90\%$ sia per la classe B che per la classe D.
- **H.3) Monitoraggio delle prestazioni in regime di ricovero.** L'item riguarda il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

Il monitoraggio è effettuato attraverso l'indicatore: *"Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii."*

La soglia di riferimento è pari a $\geq 90\%$, indipendentemente dal regime erogativo".

Allo stato si sono concluse le valutazioni relative alla verifica dell'anno 2022, che evidenziano un quadro eterogeneo tra le regioni, con le principali criticità che riguardano i monitoraggi H.2 (ambulatoriale *ex ante*) e H.3 (ricovero).

Di seguito, nella Tabella n. 17, si illustra la sintesi della valutazione 2022.

Tabella n. 17 - Valutazioni adempimento H.1., H.2, H.3 (anno 2022)

Item	Riscontro Generale	Regioni con Criticità Maggiori
H.1	Generalmente il monitoraggio risulta buono con valori sopra la soglia del 50%. Tuttavia, in alcune Regioni (Basilicata, Emilia-Romagna), si è notato un peggioramento del <i>trend</i> per tutte le prestazioni rispetto al 2021, pur mantenendosi sopra soglia.	Marche e Liguria hanno registrato bassi volumi di dati trasmessi per alcune prestazioni (es. visita ortopedica, cardiologica).
H.2	La maggior parte delle Regioni ha faticato a raggiungere la soglia del 90%, soprattutto per la classe di priorità D .	Liguria, Lombardia, Piemonte e Toscana registrano percentuali sottosoglia in tutte le rilevazioni annuali.
H.3	Il monitoraggio risulta abbastanza critico in tutte le Regioni con trend in peggioramento.	Gli interventi più critici e spesso in peggioramento rispetto all'anno 2021 includono il tumore alla prostata (Basilicata, Emilia-Romagna, Umbria, Piemonte), il melanoma (Liguria, Piemonte) e la protesi d'anca (Umbria, Piemonte, Veneto).

Fonte: Ministero della salute

Il quadro che risulta pone in evidenza soprattutto una criticità abbastanza diffusa tra tutti gli enti interessati (Regioni e Province autonome) nei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati, e per alcune Regioni (Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana) anche nei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, rilevati con il monitoraggio *ex ante*.

L'aggiornamento degli indicatori per il Questionario LEA 2025 – riferisce il Ministero - è stato oggetto delle riunioni di settembre e novembre 2025 del sottogruppo Liste di attesa del Ministero della Salute.

Il sottogruppo è stato incaricato di elaborare una proposta tecnica organica da sottoporre al Comitato LEA ai fini della definizione dei criteri di valutazione dell'adempimento H cui è associata la premialità definita dalla legge di bilancio 2025. Dai verbali delle riunioni risulta che la discussione riguarda sia vecchi indicatori sia nuovi di cui si propone e valuta l'adozione.

In particolare, per l'anno 2025, gli indicatori valutativi approvati sono i seguenti:

- H.1.1 - Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della Legge 326/2003.
- H.1.2 - Monitoraggio ex post: indicatore “*mediana del tempo intercorrente fra prescrizione ed erogazione*”. (NUOVO)
- H.2.1 - Attuazione del processo di monitoraggio ex ante (proposta del 19 settembre) che contempla:
 - l'invio di un piano operativo per l'interoperabilità, entro 30 novembre 2025;
 - la copertura del 100% delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere del flusso di dati inviati alla Piattaforma Agenas;
- H.2.2 - Indicatori (da definire pesi e soglie) nuovi quali:

- la percentuale di prescrizioni prenotate su totale prescrizioni (*catchment index*);
- la quota di prenotazioni di primo accesso di classe di priorità P sul totale delle prenotazioni;
- la percentuale di prescrizioni prenotate oltre i valori soglia delle classi di priorità;
- la percentuale di prenotazioni con data di appuntamento uguale alla data di contatto sul totale prenotazioni
- la percentuale di prime disponibilità garantite entro i tempi della classe di priorità in rapporto al totale delle prenotazioni.

• H.3 - Monitoraggio delle prestazioni in regime di ricovero⁷⁵.

Il Ministero, a maggio 2026, riferisce che per l'adempimento H) sono stati inseriti per l'annualità 2025, oltre agli indicatori di natura valutativa sopra descritti, alcuni indicatori a carattere sperimentale⁷⁶ al fine di poterne verificare l'applicabilità e, quindi, renderli valutativi per la verifica degli adempimenti 2026.

Il Questionario anno 2025, approvato dal Sottogruppo nella seduta del 9 aprile 2026 con le Note alla compilazione anno 2025, prevede per l'adempimento H) i seguenti indicatori sperimentali:

H.1) Monitoraggio ex post

- H 1.2) Mediana del tempo intercorrente tra la data prescrizione e data appuntamento (presunta erogazione), suddivisi per esami/visite e classi di priorità.

H.2) Monitoraggio ex ante così' come definito dal PNGLA 2019-2021

- H.2.2.1) Catchment index: percentuale di prescrizioni prenotate sul totale prescrizioni, distinta per visite ed esami
- H.2.2.2) Quota di prenotazioni di primo accesso di classe di priorità P sul totale delle prenotazioni
- H.2.2.3) T = 0. Percentuale di prenotazioni con data di appuntamento uguale alla data di contatto sul totale prestazioni.

Comunica il Ministero che è in corso l'analisi dei dati degli indicatori sopra indicati, da parte del nuovo Sottogruppo del Comitato Lea, i cui risultati saranno determinanti

⁷⁵ In sede di memoria di replica il Ministero della salute evidenzia che gli indicatori valutativi approvati e riferiti all'anno 2025 sono i seguenti:

Monitoraggio ex post (H.1)

- H.1.1) Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della Legge 263/2003
 - numero di prestazioni, garantire entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B

Monitoraggio ex ante (H.2)

- H.2.1.1) Invio di un Piano Operativo per l'interoperabilità dei flussi informativi entro 30 novembre 2025
- H.2.1.2) Copertura dell'invio dei dati dei CUP regionali/locali verso la Piattaforma AGENAS
- H.2.2.4) Percentuale di prime disponibilità garantite entro i tempi della classe di priorità in rapporto al totale delle prenotazioni per le classi di priorità B e D.

Monitoraggio delle prestazioni in regime di ricovero (H.3)

- Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per le classi di priorità A, ex DM n. 135/2010 e ss.mm.ii.

⁷⁶ Come visto in precedenza già oggetto di valutazione nella riunione del sottogruppo di novembre 2025.

per la conferma nell'annualità 2026, a fini valutativi, o per eventuali integrazioni/modifiche ritenute necessarie.

Si è proposta inoltre la sospensione della valutazione per il Q25 dell'indicatore H.4 "Monitoraggio delle agende di prenotazione", in attesa che la piattaforma Agenas PNLA 2.0 sia interoperabile con il totale dei dati inviati dalle Regioni. Viene riferito che, presumibilmente, potrebbe essere inserito nel successivo questionario Q26.

4.4 Il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

Relativamente alla verifica dell'erogazione dei LEA il primo sistema di indicatori nasceva con il "*Sistema di garanzia*" di cui al decreto ministeriale 12 dicembre 2001⁷⁷, elaborato in adempimento all'art. 9 del Decreto legislativo 56/2000, composto da un insieme di indicatori di monitoraggio⁷⁸ che investivano tutti i livelli di assistenza e si esplicavano in termini di costo, di attività e di risorse. I dati degli indicatori venivano pubblicati in rapporti di monitoraggio⁷⁹.

Tra gli indicatori di risultato era presente quello sulle "*Liste di attesa per specialistica e diagnostica (TAC del capo, Ecografia addominale superiore e Visita oculistica)*" mentre tra quelli di contesto figurava la "*Percentuale di segnalazioni/reclami relative ai tempi di attesa*". Nel dettaglio gli indicatori monitorati erano i seguenti:

- liste di attesa per tac del capo (percentuale di tac effettuate entro 60 giorni dalla richiesta) parametro di riferimento dal decreto del Ministro della salute 12 dicembre 2001: 80 - 90;
- liste di attesa per ecografia addome superiore (percentuale di ecografie effettuate entro 30 giorni dalla richiesta) parametro di riferimento da d.m. 12.12.2001: 80 - 90;
- liste di attesa per visita oculistica (percentuale di visite effettuate entro 30 giorni dalla richiesta) parametro di riferimento dal decreto del Ministro della salute, 12 dicembre 2001: 80 - 90;

⁷⁷ Recante "*Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*", decreto successivamente abrogato dall'articolo 6 del Decreto del ministro della salute 2 marzo 2019. Il provvedimento definiva gli indicatori, i parametri e le procedure di validazione dei dati usati dalle Regioni per verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il sistema di monitoraggio ha subito nel tempo revisioni ed è stato sostituito con il citato decreto 12 marzo 2019 dal nuovo framework di valutazione (noto come Nuovo Sistema di Garanzia - NSG operativo dal 1° gennaio 2020). NSG è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

⁷⁸ Gli indicatori individuati dal d.m. 12 marzo 2019 sono 88, distribuiti per macroaree:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica
- 33 per l'assistenza distrettuale
- 24 per l'assistenza ospedaliera
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario
- 1 indicatore di equità sociale
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali - PDTA (BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore mammella nella donna, tumore colon e tumore retto).

⁷⁹ Sul sito del Ministero della salute sono ancora disponibili i rapporti relativi agli anni 2001 - 2009.

- percentuale di segnalazioni o reclami relativi ai tempi di attesa. nessun parametro; indicatore calcolato complessivamente per le prestazioni ospedaliere e quelle specialistiche ambulatoriali.

Nelle more dell'aggiornamento del citato decreto 12 dicembre 2001, il Comitato LEA ha utilizzato fino all'anno 2019 la cosiddetta "*Griglia LEA*" costituita da 33 indicatori ripartiti tra le attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, di assistenza distrettuale e di assistenza ospedaliera.

La "*Griglia LEA*", poiché inserita nell'ambito della Verifica degli Adempimenti LEA a cui sono sottoposte le Regioni (ad esclusione di quelle a statuto speciale e delle PP.AA.), aveva finalità valutativa e non solo di monitoraggio, a differenza del suddetto "*Sistema di garanzia*", definendo un set di circa cento indicatori, individuati sulla base delle fonti informative e delle conoscenze in materia allora disponibili.

Successivamente, con il Decreto ministeriale 12 marzo 2019, è stato introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) realizzato in collaborazione con i referenti istituzionali e tecnici delle Regioni e con esperti epidemiologi e statistici provenienti dal mondo universitario e della ricerca.

NSG è un sistema descrittivo, di valutazione, monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni ed è integrato con il sistema di Verifica degli Adempimenti a cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa del fondo sanitario nazionale (FSN).

Di fatto, oltre a costituire un aggiornamento del precedente "*Sistema di garanzia*", il Nuovo Sistema di Garanzia rappresentava il superamento della "*Griglia LEA*" relativamente alla finalità valutativa dello strumento.

Gli 88 indicatori inseriti in NSG e distribuiti in macroaree⁸⁰ sono stati ulteriormente distinti in due sottoinsiemi: "CORE" e "NO CORE".

Gli indicatori del sottoinsieme CORE, in sostituzione della griglia LEA, vengono utilizzati per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni e sono suddivisi nelle tre macroaree della prevenzione collettiva a sanità pubblica, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera⁸¹.

Le valutazioni di tali sottoinsiemi costituiscono parte integrante del Sistema di verifica degli adempimenti LEA, di competenza del comitato LEA, cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota integrativa di risorse prevista dall'art. 2, comma 68, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge n. 95/2012.

Per ciascun indicatore del sottoinsieme CORE viene definita una specifica funzione di valorizzazione continua, costruita secondo quanto previsto dal paragrafo 1.7 del citato

⁸⁰ Gli indicatori distinti in macroaree sono elencati all'Allegato I del d.m. 19 marzo 2019

⁸¹ Il Ministero sottolinea che al contrario della griglia LEA la nuova metodologia non sintetizza in un unico punteggio la valutazione delle Regioni, ma misura in maniera indipendente per ogni macroarea il rispetto globale dei LEA.

decreto ministeriale 12 marzo 2019⁸².

Nello specifico, per quanto attiene all'oggetto della presente Relazione, va evidenziato che tra gli indicatori del sottoinsieme "CORE" a finalità valutativa, vi è l'indicatore **D10Z** relativo alla "Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B" (la soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%).

In sede istruttoria si chiedeva, stante le implicazioni in ordine alle garanzie costituzionali oltre che connesse all'accesso alla quota premiale integrativa di risorse prevista dall'articolo 2, comma 68, della legge n. 191/2009 ai sensi dell'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 95/2012, di esplicitare la funzione di valorizzazione adottata. In merito, il Ministero, nel maggio 2026 ha fornito le modalità di calcolo della già menzionata funzione di valorizzazione⁸³.

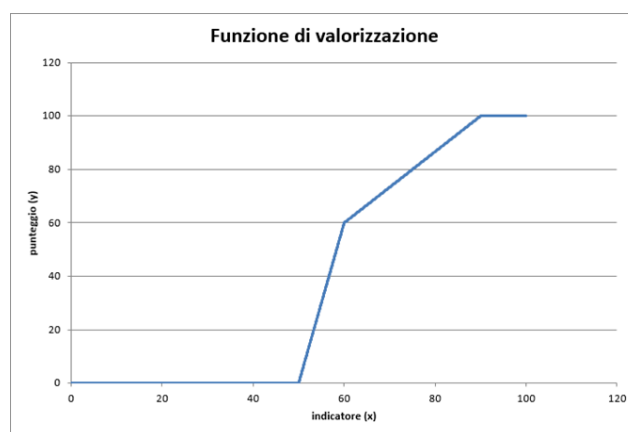
La scelta della funzione sopra riportata deriva dall'esigenza di:

- attribuire punteggio nullo a livelli particolarmente critici (<50%);
- incentivare fortemente il miglioramento nell'intervallo 50-60%;
- valorizzare progressivamente il miglioramento sopra la soglia di sufficienza;
- riconoscere la piena aderenza agli standard a partire da valori $\geq 90\%$.

⁸² La costruzione della funzione di valorizzazione avviene mediante le seguenti fasi procedurali:

1. individuazione del dominio della misura valorizzabile (valori minimo e massimo);
2. definizione delle soglie e delle classi di punteggio;
3. costruzione della funzione a tratti;
4. interpolazione continua della funzione di valorizzazione.)

Il punteggio finale attribuito a ciascun indicatore è espresso su scala continua da 0 a 100. Il valore pari a 60 rappresenta la soglia minima di garanzia ("sufficienza"). Di seguito una figura esemplificativa della funzione di valorizzazione



⁸³ La funzione di valorizzazione è la seguente:

- $y = 0$, per $x \in [0; 50)$
- $y = 6x - 300$, per $x \in [50; 60)$
- $y = 1,3333x - 20$, per $x \in [60; 90)$
- $y = 100$, per $x \in [90; 100]$

dove:

- x rappresenta il valore percentuale dell'indicatore;
- y rappresenta il punteggio attribuito.

La soglia di sufficienza è individuata nel punto (60; 60), ossia ad un valore dell'indicatore pari al 60% corrisponde un punteggio pari a 60.

Con riferimento alla validità del dato, l'indicatore D10Z è subordinato all'adempimento C.5 "Monitoraggio ex post delle prestazioni incluse nel flusso informativo ex articolo 50 della legge n. 326/2003" (del Questionario LEA). In assenza di valutazione di adempienza, il punteggio attribuito all'indicatore è pari a zero, indipendentemente dal valore osservato.

Pertanto, il procedimento di calcolo si articola nelle seguenti fasi:

- a) acquisizione del valore percentuale regionale dell'indicatore;
- b) verifica della validità del flusso informativo
- c) applicazione della funzione di valorizzazione
- d) eventuale attribuzione di premio o penalità legati all'andamento temporale;
- e) ricondizionamento finale del punteggio entro l'intervallo [0; 100].

Per quanto concerne il meccanismo premiale/penalizzante, una volta determinato il punteggio base dell'indicatore viene analizzato il *trend* temporale dell'ultimo quinquennio mediante regressione lineare⁸⁴.

Per l'indicatore D10Z non è prevista l'applicazione della misura di variabilità geografica MOR (*Median Odds Ratio*), prevista invece per altri indicatori riferibili a distribuzioni sub-regionali della popolazione assistita.

Con riferimento all'indicatore **D11Z** "Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D" (fonte schede tecniche degli indicatori NSG: la soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%) il Ministero rappresenta che lo stesso non appartiene al sottoinsieme CORE del Nuovo Sistema di Garanzia e, pertanto, non è soggetto alla metodologia di valorizzazione sopra descritta né all'attribuzione di punteggi, premi o penalità.

Nelle due successive Tabelle nn. 18 e 19 si riportano i dati forniti dal Ministero nel maggio 2025 relativi all'indicatore D10Z e D11Z per le annualità 2022-2024

⁸⁴ In particolare:

- viene stimato il coefficiente di regressione lineare (β);
- viene calcolato il relativo p-value;
- se p-value > 0,10 il trend è considerato non statisticamente significativo e non viene attribuito alcun correttivo;
- se p-value $\leq$ 0,10 il trend è considerato significativo.

In tale ultimo caso:

- se il coefficiente β indica un miglioramento coerente con il verso dell'indicatore ("*crescente*" per il D10Z), viene attribuito un premio di +3 punti;
- se il coefficiente β indica un peggioramento, viene attribuita una penalità di -3 punti;
- qualora il punteggio base sia già pari a 100, l'eventuale penalità è ridotta a -1 punto.
- Il punteggio finale viene infine ricondotto all'intervallo 0-100.

Tabella n. 18 - Indicatore D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. La soglia non deve essere inferiore al 50% e deve tendere ad un valore superiore al 90%

REGIONE	2022	2023	2024	Punteggio 2024	Premio/Penalità	Punteggio Totale
Piemonte	74,79	91,5	95,07	100	0	100
Valle D'Aosta	100	78,31	85,40	0	0	
Lombardia	84,39	84,44	87,44	96,58	0	96,58
Prov. Aut. Bolzano	-	-	-	0	0	0
Prov. Aut. Trento	20,44	93,59	91,67	0	0	0
Veneto	86,60	83,33	88,55	98,06	0	98,06
Friuli-Venezia Giulia	-	-	-	0	0	0
Liguria	82,04	72,38	72,65	76,86	-3	73,86
Emilia-Romagna	75,34	73,53	79,65	86,20	0	86,20
Toscana	77,84	86,44	86,52	95,36	0	95,36
Umbria	86,99	90,43	89,22	98,96	0	98,96
Marche	92,54	79,9	81,89	89,18	0	89,18
Lazio	70,54	95,35	95,02	100	0	100
Abruzzo	96,74	94,77	91,54	100	0	100
Molise	79,88	86,33	74,14	78,85	-3	75,85
Campania	92,56	92,56	86,04	94,72	0	94,72
Puglia	65,16	67,52	63,74	64,98	-3	61,98
Basilicata	97,29	98,13	99,95	100	+3	100
Calabria	92,57	92,44	92,66	0	0	0
Sicilia	73,34	74,65	73,71	78,28	0	78,28
Sardegna	93,56	97,64	98,84	0	0	0

Fonte: Ministero Salute, elaborazione Corte dei conti

Tabella n. 19 - Indicatore D11Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D

REGIONE	2022	2023	2024
Piemonte	75,93%	78,99%	76,97%
Valle D'Aosta	99,64%	95,45%	0,95
Lombardia	88,32%	89,85%	0,91
Prov. Aut. Bolzano	-	-	-
Prov. Aut. Trento	25,49%	94,28%	94,29%
Veneto	89,18%	86,21%	90,13%
Friuli-Venezia Giulia	-	-	-
Liguria	84,99	79,35%	77,98%
Emilia-Romagna	72,00%	75,13%	75,24%
Toscana	80,34%	82,30%	80,09%
Umbria	82,43%	84,32%	75,53%
Marche	87,19%	81,37%	81,50%
Lazio	76,25%	95,04%	95,19%
Abruzzo	92,57%	91,03%	85,86%
Molise	84,28%	96,16%	87,29%
Campania	96,84%	97,31%	92,84%
Puglia	73,65%	72,69%	66,29%
Basilicata	95,34%	98,70%	99,83%
Calabria	89,38%	87,41%	85,75%
Sicilia	77,52%	78,85%	75,84%
Sardegna	79,13%	79,69%	73,62%

Fonte: Ministero Salute - Elaborazione Corte dei conti

4.5 Il monitoraggio delle misure sanzionatorie

Le norme sui tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie sono costituite da disposizioni sia prescrittive che sanzionatorie.

Alla previsione di misure volte a conseguire l'obiettivo della riduzione dei tempi e delle liste consegue, invero, in caso di mancata attuazione da parte dei soggetti cui lo stesso fa capo, la previsione di conseguenze di carattere sanzionatorio.

Oggetto di monitoraggio è il rispetto delle prescrizioni e l'applicazione delle sanzioni previste.

Vengono in rilievo diverse disposizioni normative con specifico riferimento alle risultanze del monitoraggio.

In *primis* si richiama l'articolo 3, comma 14, del decreto-legislativo 29 aprile 1998 n.124⁸⁵ che prevede un dovere di vigilanza del direttore generale sul rispetto delle disposizioni adottate in attuazione del comma 12 e del comma 13 del medesimo articolo, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità contabile nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei tempi nei confronti dell'assistito.

Il comma 12 prescrive il rispetto della tempestività di erogazione delle predette prestazioni ponendo a carico delle Regioni la disciplina ispirata ad alcuni principi direttivi, tra cui ⁸⁶ misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni.

Nel corso della precedente indagine si era già rappresentato l'esito del monitoraggio sul punto da parte del Ministero della salute⁸⁷ da cui era emerso che non risultavano esercitate azioni disciplinari e di responsabilità contabile nei confronti dei direttori in alcuna regione eccetto che in Piemonte.

Rispetto a detti dati, nel corso dell'istruttoria relativa alla presente indagine le informazioni sull'utilizzo di detto strumento sanzionatorio sono state aggiornate ed è emerso che la Regione Calabria, che non aveva risposto alla precedente rilevazione ministeriale, ha evidenziato che nel corso del 2025 non è stata esercitata alcuna azione disciplinare e di responsabilità contabile nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione nei tempi della prestazione nei confronti dell'assistito.

Dai riscontri forniti dalle altre Regioni e Province autonome emerge che non vi sono

⁸⁵ Recante: "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449".

⁸⁶ Altri principi sono quelli della razionalizzazione della domanda, dell'incremento dell'offerta (anche con il ricorso all'attività libero professionale intramuraria), di forme di remunerazione legate al risultato (ulteriori rispetto a quelle già previste da accordi nazionali di lavoro), nonché di garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati.

⁸⁷ Si veda quanto evidenziato in merito nella Relazione approvata con la citata delibera della Sezione n. 90/2025.

aggiornamenti rispetto a quanto dichiarato in occasione della rilevazione precedente ad eccezione della Regione Umbria che ha comunicato l'avvio, da parte dell'Azienda USL Umbria 2, di un procedimento disciplinare, tutt'ora in corso, con contestazione di addebito nei confronti di un dirigente medico.

La Regione Lazio ha ritenuto di precisare che già a partire dal 2021 ha introdotto tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sottoposti a valutazione, il rispetto dei tempi di attesa.

Da quanto evidenziato dal Ministero della salute emerge che gli obiettivi specifici elencati nelle deliberazioni regionali previste al riguardo e riferiti al rispetto del PNGLA e ai tempi di attesa ad oggi non hanno determinato l'erogazione di sanzioni ai Direttori Generali coinvolti.

Il comma 13, dell'art 3 del citato decreto-legislativo prevede, inoltre, per l'assistito, a sua richiesta, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine stabilito, di fruire della prestazione nell'ambito dell'attività libero professionale intramuraria ponendone il costo differenziale a carico del SSN.

Il costo della prestazione, infatti, è posto a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, alla differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione.

Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato.

Circa l'attuazione di questo disposto normativo⁸⁸, in occasione della precedente indagine il Ministero, espressamente sollecitato sul punto, ha effettuato una ricognizione presso le Regioni da cui ne è risultata l'applicazione solo da parte di 6 regioni (Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto)

La Sezione a fronte di tali risultanze aveva rappresentato:

- 1) l'esigenza di attivare, ove non disponibile, un sistema di monitoraggio dei dati relativi all'applicazione delle disposizioni statali o regionali (art. 3, comma 13,

⁸⁸ Già nella precedente indagine si era rilevato che il meccanismo, posto a tutela dell'assistito è poco conosciuto dai cittadini. Il Ministero ne sottolinea, inoltre, il carattere residuale essendo l'applicazione condizionata alla mancata adozione da parte delle Regioni di un proprio Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa, piano che, tuttavia, risulta adottato da tutti gli enti interessati.

del D.lgs. 124/1998 e/o POR) a tutela dell'assistito che non possa ricevere per tempo la prestazione attesa;

- 2) la difficoltà a disporre di idonei flussi informativi in merito all'utilizzo delle possibilità offerte all'assistito che non possa ricevere per tempo la prestazione attesa di ricorrere all'attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) ai sensi dell'art. 3, comma 13 del d.lgs. n. 124/1998 raccomandando all'amministrazione di attivarsi in tale direzione.

Il Ministero a cui è stato espressamente chiesto un aggiornamento sul punto riferisce a dicembre 2025 dell'avvenuto avvio di una nuova ricognizione regionale a cui hanno riscontrato tutte le regioni ad eccezione di Abruzzo e Sicilia. Le Regioni Abruzzo e Sicilia sono state ulteriormente sollecitate il 13 maggio 2026 e al momento della stesura della relazione non sembra pervenuto alcun riscontro.

Dalla suddetta ricognizione emerge che:

- la Regione Calabria, che non aveva risposto alla precedente rilevazione, ha in questo caso riscontrato comunicando che la disposizione di cui all'art. 3, comma 13, del decreto-legislativo n. 124/1998 è stata applicata una sola volta dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, nel corso del 2025, come di seguito dettagliato nella Tabella n. 20:

Tabella n. 20 - Applicazione da parte della Regione Calabria delle disposizioni di cui all'art. 3, comma 13, del d.l. n. 124/1998

AZIENDA	ANNO	MESE	DESCRIZIONE EROGATORE	NUMERO PRESTAZIONI	TOTAL E TARIFFA	TOTALE COMPARTECIPAZIONE	TOTALE SPESA SOSTENUTA PER L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE E IN REGIME ALPI COMPENSO PROFESSIONISTI	TOTALE SPESA SOSTENUTA PER L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE IN REGIME ALPI ACCANTONAMENTI	TOTALE SPESA SOSTENUTA PER L'EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE IN REGIME ALPI COSTI AZIENDALI
ASP VIBO VALENTIA	2025	APRILE	GASTROENTEROLOGIA PERCORSO DI TUTELA	1	57,81 €	46,00 €	158,70 €	23,00 €	48,30 €

Fonte: Ministero salute Elaborazione Corte dei conti

- La Regione Piemonte ha comunicato che la ASL Vercelli e la ASL "Città di Torino" hanno erogato prestazioni nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria ai sensi dell'art. 3, comma 13, del d.lgs. 124/1998 per un totale rispettivamente di 11 prestazioni, con una spesa sostenuta pari a 1.290,45 euro, e di 13 prestazioni, con una spesa sostenuta pari a 834,23 euro.
- La Regione del Veneto ha comunicato che solo l'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana ha utilizzato l'erogazione di prestazioni in libera professione

intramuraria a carico dell'azienda. Sono confermate le 49 prestazioni erogate nel corso del 2024, con una spesa sostenuta dall'Azienda pari a 1.760,5 euro. Nel corso del 2025 è stata erogata un'ulteriore prestazione, con una spesa pari a 104,9 euro. La spesa sostenuta dall'Azienda è determinata come differenza tra le somme versate a titolo di partecipazione al costo della prestazione da parte dell'utenza e l'effettivo costo delle prestazioni, sulla scorta delle tariffe vigenti.

- La Provincia Autonoma di Trento ha comunicato che dal 1° gennaio 2025 al 30 settembre 2025 sono state erogate con tale modalità 1.341 visite specialistiche, con una valorizzazione economica di circa 134.100 euro.

Per gli altri enti interessati non si segnalano aggiornamenti rispetto al riscontro precedentemente fornito

Per quanto attiene ai flussi informativi sull'utilizzo delle possibilità offerte all'assistito che non possa ricevere per tempo la prestazione attesa di ricorrere all'attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI), l'amministrazione riferisce che non è possibile usare il monitoraggio ALPI attivato da Agenas in quanto è effettuato sulla base di dati aggregati dai quali non è possibile desumere informazioni sulla scelta del ricorso all'ALPI da parte dell'assistito in situazioni di lunghi tempi di attesa.

Va poi evidenziato che l'articolo 1, comma 6, del decreto-legge n. 73/2024 attribuisce all'Agenas, analoghi poteri, ovvero la facoltà di attuare, in presenza di inefficienze o anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, meccanismi di audit nei confronti delle Regioni e Province autonome nei cui territori insistono le aziende sanitarie locali titolari delle predette agende con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa. Sul punto, come riferito in precedenza, emerge che Agenas non ha avuto ancora modo di esercitare detta facoltà⁸⁹. Viene poi previsto al successivo comma 9, dell'articolo 3 del decreto-legge n. 73/2024 che in caso di violazione del divieto di sospensione e di chiusura delle attività di prenotazione di cui all'articolo 1, comma 282 della legge n. 266/2005 si applicano le sanzioni previste dall'articolo 1, comma 284, della medesima legge che vengono raddoppiate nel minimo e massimo edittale.

Il Ministero, nel maggio 2025, in esito alle osservazioni contenute nella Relazione della Sezione relativa alle *"Liste di attesa nel periodo covid"*, rappresentava che a seguito di un'apposita ricognizione presso tutte le Regioni e Province autonome (solo la Regione Calabria non aveva riscontrato) in merito all'applicazione dei delineati meccanismi sanzionatori, in nessun caso risultavano comminate le sanzioni⁹⁰.

A seguito di apposita richiesta istruttoria di aggiornamenti⁹¹ in ordine ad eventuali

⁸⁹ Vedasi Capitolo 3 ed in particolare il Paragrafo 3.6.

⁹⁰ Solo le Regioni Basilicata e Piemonte avevano dato seguito alla notifica da parte dei NAS di violazioni amministrative ex art. 1, comma 282, della legge 266/2005. Nel primo caso il procedimento era ancora in corso mentre nel secondo caso la Regione aveva comunicato che non erano state erogate sanzioni in quanto l'ASL interessata aveva trasmesso relazione giustificativa dei fatti occorsi.

⁹¹ In relazione a tale esigenza informativa hanno fornito riscontro solo le Regioni Abruzzo e Sicilia, che sono state ulteriormente sollecitate dal Ministero con nota del 13 maggio 2026.

sanzioni amministrative comminate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi della legge finanziaria 266/2005, articolo 1, comma 284, è emerso:

- la Regione Calabria, che non aveva risposto alla precedente rilevazione, ha in questo caso riscontrato comunicando che nel corso del 2025 non sono state comminate sanzioni alle aziende sanitarie inadempienti;
- la Regione Piemonte ha riferito che non si sono registrati aggiornamenti rispetto al riscontro precedentemente fornito.
- La Regione Basilicata, invece, ha fornito aggiornamenti in merito a provvedimenti avviati in seguito all'accertamento di violazioni amministrative presso l'Azienda sanitaria di Matera, l'Azienda sanitaria di Potenza e l'Azienda Ospedaliera regionale "San Carlo" di Potenza. In tutti e tre i casi è stata presentata da parte del rispettivo Direttore Generale una memoria difensiva in cui venivano evidenziate alcune criticità relative alla carenza di personale, alle difficoltà di reclutamento nelle branche di specialistica ambulatoriale e alcune criticità operative del sistema CUP. Pur ritenendo comprensibili le valutazioni in ordine alle circostanze rappresentate dai Dirigenti, la Regione ha ritenuto di non poter non applicare la sanzione prevista per legge. Pertanto, per ognuno dei tre Dirigenti, è stata notificata ordinanza di ingiunzione irrogando la sanzione amministrativa pecuniaria di 1.500 euro ciascuno. Nei primi due casi è stato notificato il ricorso al Giudice di Pace rispettivamente di Matera e Potenza e il giudizio è in corso. Il Dirigente Generale dell'Azienda Ospedaliera regionale "San Carlo" di Potenza ha invece pagato la somma dovuta con bonifico a favore della Regione Basilicata in data 17 maggio 2025.
- Le Regioni Lazio e Lombardia hanno voluto evidenziare che hanno provveduto a rafforzare, nel corso del 2025, le misure orientate a garantire una maggiore offerta di prestazioni al cittadino, implementando ulteriori azioni a contrasto del potenziale fenomeno.

Per tutte le altre Regioni che hanno riscontrato, il Ministero conferma che non si segnalano aggiornamenti rispetto a quanto riferito alla Sezione nel maggio 2025.

4.6 Il monitoraggio della riforma sull'assistenza territoriale

Ulteriore strumento che può contribuire ad affrontare la problematica delle liste di attesa è quello attinente alla prevista riforma dell'assistenza territoriale. Infatti, la ristrutturazione del sistema di gestione dell'assistenza territoriale è stata assunta a strumento per affrontare in modo radicale l'annosa questione dei tempi dilatati di prenotazione delle prestazioni sanitarie che genera il fenomeno delle lunghe liste di attesa.

In ordine all'attuazione della riforma sull'assistenza territoriale, il monitoraggio è svolto in parte da Agenas che, per quanto di sua competenza, ha trasmesso gli esiti di

tale attività condotta ai sensi del d.m. n. 77/2022, nonché il *report* nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio relativo, sia al I semestre 2025 che al II semestre 2025.

L'attuazione di questa riforma e il relativo monitoraggio sono rilevanti ai fini della definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale, con superamento delle criticità⁹², finalizzata a conseguire un alleggerimento delle prestazioni da erogare e, conseguentemente, minori liste di attesa da evadere.

Il documento riporta una sintesi del contesto nazionale, suddiviso per singola Regione/PP.AA., relativo all'attivazione progressiva delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali, degli Ospedali di Comunità e dei servizi da essi erogati in linea con gli standard previsti dal d.m. n. 77/2022 oltre che un approfondimento riguardo l'Assistenza Domiciliare Integrata e le Cure Palliative.

Per tutti gli interventi, in linea con gli obiettivi perseguiti, ricompresi ma allo stesso tempo ultronei rispetto al PNRR, risultano significativi progressi.

Per ciò che concerne le **Case della Comunità** viene confermato che quelle che risultano pienamente operative sono spesso collegate a realtà regionali/provinciali che sono partite da un modello organizzativo di assistenza territoriale già indirizzato in tal senso. In proposito Agenas sottolinea sia che la data prevista per il raggiungimento del target finale (PNRR M6C1-3) è fissata al 30 giugno 2026, sia che le Regioni/PP.AA. ad oggi, in via generale, hanno dato seguito agli adempimenti di competenza rispetto agli obiettivi assegnati ferme restando le iniziative rafforzate in corso condotte dal Ministero attraverso incontri bilaterali e i Nuclei Tecnici per assicurare il perfezionamento di tutti gli interventi programmati dai Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS) siglati con il Ministero della salute ed eventuali rimodulazioni. Considerando complessivamente la programmazione CIS (finanziata direttamente dal PNRR) ed EXTRACIS (finanziata da altri fondi regionali/nazionali/europei) si registrano miglioramenti nel numero di case di comunità con almeno un servizio attivo (da 660 a 781 su oltre 1700 programmate) e in quelle con tutti i servizi obbligatori dichiarati attivi eccetto presenza medica e infermieristica (da 168 a 219 su oltre 1700 programmate). In merito, la Sezione si riserva ulteriori e più definitive valutazioni atteso che nell'ambito della Programmazione finalizzata alla verifica delle progettualità del PNRR, rientra tra gli investimenti oggetto di indagine anche quello relativo a "Case della Comunità e presa in carico della persona" già oggetto, in itinere, del Rapporto approvato con Deliberazione n. 47/2025/G e, da ultimo, con Deliberazione n. 30/2026/G del 4 marzo 2026.

In ordine agli **Ospedali di Comunità** Agenas riferisce l'apertura dell'attività di circa un terzo delle strutture rispetto alla programmazione con una distribuzione che vede protagoniste gran parte delle Regioni/PP.AA. Anche in questo caso la data ultima per

⁹² Criticità anche emergenti dall'attuazione del regolamento dell'assistenza ospedaliera (d.m. n. 70/2015) e dall'attuazione del regolamento dell'assistenza territoriale (d.m. n. 77/2022).

il raggiungimento dell'obiettivo (PNRR M6C1-11) è fissata per il 30 giugno 2026, e, in linea con quanto già indicato per le Case della Comunità, le Regioni/PP.AA. ad oggi, in via generale, hanno dato seguito agli adempimenti di competenza rispetto agli obiettivi assegnati, ferme restando, anche in questo caso, le iniziative di cui sopra. Considerando complessivamente la programmazione CIS ed EXTRACIS si osserva un avanzamento nel numero di strutture attive (da 153 a 163 su quasi 600 programmati) per oltre 2900 posti letto funzionanti nell'ultimo monitoraggio d.m. n. 77/2022. In merito, la Sezione si riserva ulteriori e più definitive valutazioni atteso che nell'ambito della Programmazione finalizzata alla verifica delle progettualità del PNRR) rientra tra gli investimenti oggetto di indagine anche quello relativo al *"Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)"* già oggetto, in itinere, del Rapporto approvato con le ultime Deliberazioni n. 48/2025/G del 17/7/2025 e dal ultimo con Deliberazione n. 31/2026/G del 4 marzo 2026 e l'investimento recante: *"Verso un ospedale sicuro e sostenibile"* di cui alle Delibere della Sezione n. 56/2023/G, n.47/2024/G, 23/2025/G.

Infine, per quanto attiene alle **Centrali Operative Territoriali (COT)**, Agenas conferma, all'esito del monitoraggio, il raggiungimento degli obiettivi degli standard del d.m. n. 77/2022, nonché dell'obiettivo (PNRR M6C1-7) già raggiunto alla data del 31 dicembre 2024 come previsto dal cronoprogramma sottoscritto con la UE. Già alla predetta data risultavano attive e pienamente funzionanti 612 COT rispetto alla programmazione Cis, delle quali 480 hanno concorso al raggiungimento del target di rilevanza comunitaria rendicontato dal Ministero della salute alla Commissione europea. In merito, la Sezione si riserva ulteriori e più definitive valutazioni atteso che nell'ambito della Programmazione finalizzata alla verifica delle progettualità del PNRR rientra tra gli investimenti oggetto di indagine anche quello relativo a *"Casa come primo luogo di cura e telemedicina"* già oggetto di esame e approvazione con Deliberazione del Collegio del controllo Concomitante n. 13 del 13 aprile 2023.

4.7 Il monitoraggio delle misure del PNRR

Nella sottostante Tabella n. 21 si elencano le misure del PNRR la cui attuazione può concorrere a ridurre le problematiche relative alle liste di attesa e le risorse finanziarie disponibili.

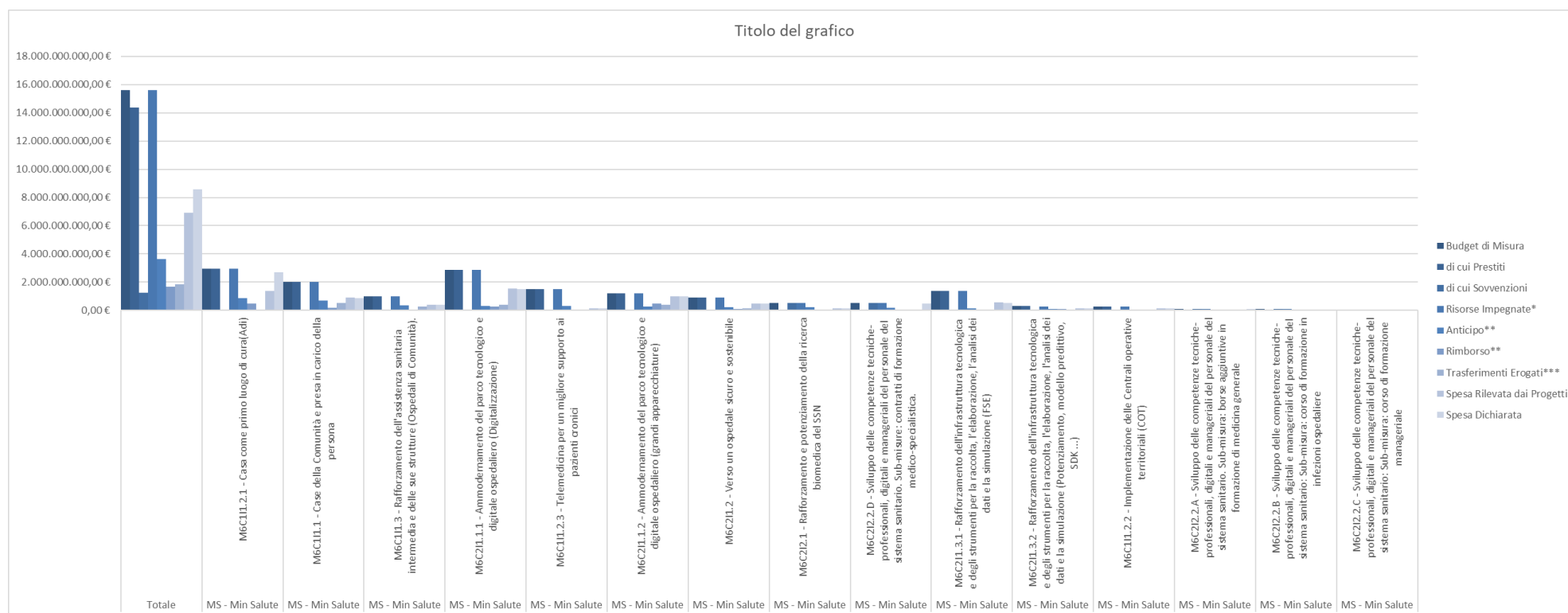
Tabella n. 21 - Quadro complessivo delle misure del PNRR Ministero Salute che impattano sulla riduzione delle liste di attesa (in euro)

Misura	Componente	Nome iniziativa	Budget di misura (in euro)
M6C1R1.1	C1 Reti di prossimità, strutture, telemedicina	Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete assistenza sanitaria territoriale	0
M6C1I1.1		Case di comunità e presa in carico della persona	2.000.000.000
M6C1I1.2.1		Casa come primo luogo di cura (Adi)	2.970.000.000
M6C1I1.2.2		Implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)	280.000.000
M6C1I1.2.3		Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	1.500.000.000
M6C1I1.3		Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).	1.000.000.000
M6C2I1.3.1	C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)	1.379.999.00 292.550.000
M6C2I1.3.2		Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (Potenziamento modello predittivo, SDK,)	292.550.000
M6C2I2.2.A		Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale	101.973.006
M6C2I2.2. .B		Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere	80.026.994
M6C2I2.2.C		Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione manageriale	18.000.000
M6C2I2.2.D		Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: contratti di formazione medico-specialistica.	537.600.000

Fonte: Corte dei conti

Nel Grafico 1 sottostante, tratto dal sistema ReGiS, si dà conto dell'avanzamento delle Misure indicate nella sovrastante Tabella 20 in relazione all'utilizzo delle risorse assegnate.

Grafico 1 Avanzamento delle misure PNRR del Ministero salute in relazione all'utilizzo delle risorse assegnate per ridurre le liste di attesa



Fonte Ministero della salute: Elaborazione Corte dei Conti

4.8 Monitoraggio delle misure e degli strumenti previsti per la riduzione delle liste di attesa: considerazioni

Particolare attenzione merita il tema del monitoraggio. Nonostante i progressi registrati negli ultimi anni, il sistema continua a presentare elementi di frammentarietà e disomogeneità derivanti dalla pluralità dei soggetti coinvolti, dalla diversa maturità digitale delle amministrazioni regionali e delle aziende sanitarie, nonché dalla presenza di sistemi informativi non sempre interoperabili. Permangono, inoltre, differenze significative nelle modalità di raccolta e trasmissione dei dati che rendono complessa la costruzione di un quadro informativo nazionale uniforme e tempestivo. Tali criticità assumono particolare rilievo considerando che il monitoraggio costituisce il presupposto indispensabile per qualsiasi efficace politica di governo delle liste di attesa.

Emerge poi, l'esigenza di un rafforzamento, sia a livello ministeriale che da parte delle Regioni e delle Province autonome, degli strumenti di controllo, verifica e monitoraggio previsti dalla normativa vigente in relazione ai meccanismi di responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nell'attuazione delle misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa. Tale esigenza, deve essere soddisfatta assicurando che eventuali situazioni di inadempienza siano tempestivamente individuate e vengano applicate le misure sanzionatorie previste e siano esercitati, ove rilevino i presupposti, i poteri sostitutivi come introdotti dalla recente normativa.

L'indagine ha inoltre confermato come una delle principali cause del permanere delle criticità sia rappresentata dalla carenza di personale sanitario e dalle crescenti difficoltà di reclutamento di figure professionali specialistiche. Le informazioni acquisite evidenziano infatti che, in numerosi contesti territoriali, le capacità produttive del sistema risultano limitate non tanto dall'assenza di risorse finanziarie quanto dalla difficoltà di reperire personale adeguato a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste. Tale circostanza rischia di ridurre l'efficacia di molte delle misure adottate, soprattutto laddove l'incremento dell'offerta assistenziale presuppone un corrispondente aumento delle risorse umane disponibili. Tuttavia, si evidenzia che le disposizioni da ultimo adottate per il reclutamento di nuovo personale sanitario e le relative risorse messe a disposizione, potrebbero ben contribuire, ove attuate tempestivamente, a ridurre gli effetti sul sistema sanitario nazionale della carenza di dette professionalità, con effetti positivi anche sulle liste di attesa.

Ulteriori elementi di attenzione emergono con riferimento all'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR e dal decreto ministeriale n. 77 del 2022. La piena realizzazione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali potrebbe contribuire in maniera significativa a una migliore presa in carico dei cittadini e a una più appropriata gestione della domanda sanitaria, riducendo la pressione sulle strutture ospedaliere e sulle prestazioni specialistiche. Tuttavia, anche in questo caso, i benefici attesi risultano strettamente

correlati alla capacità delle amministrazioni regionali di completare gli interventi programmati e di renderli pienamente operativi nei tempi previsti.

Permangono inoltre rilevanti differenze territoriali nella capacità delle Regioni di programmare, monitorare e governare il fenomeno delle liste di attesa. Tali differenze rischiano di tradursi in diseguaglianze nell'accesso alle cure, in contrasto con i principi di universalità ed equità che caratterizzano il Servizio sanitario nazionale. La garanzia di livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale richiede pertanto un rafforzamento dei meccanismi di coordinamento e indirizzo esercitati a livello centrale.

Alla luce degli elementi acquisiti, si ritiene che il percorso intrapreso dal legislatore con il d.l. n. 73/2024 sia condivisibile e potenzialmente idoneo a determinare un miglioramento strutturale del sistema. Tuttavia, il conseguimento degli obiettivi prefissati dipenderà in misura decisiva dalla rapidità e dalla completezza dell'attuazione delle misure previste, dalla capacità di rendere pienamente operativi gli strumenti di monitoraggio nazionale e dalla concreta disponibilità di personale sanitario necessario ad aumentare l'offerta di prestazioni.

5 - ESITI DEL CONTRADDITTORIO CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

5.1 Esiti del contraddittorio

Le memorie di replica del Ministero della salute, pervenute dalla Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria presso il Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche in favore del servizio sanitario nazionale, inerenti alcune puntualizzazioni e l'aggiornamento di dati al settembre 2026, sono state recepite nel corpo del testo ove. In particolare, si tratta di evidenze in ordine:

- all'effettiva quantificazione delle risorse destinate alla riduzione delle liste di attesa;
- all'aggiornamento di alcuni dati modificatisi tra il maggio e il settembre c.a. relativi al numero delle Regioni che hanno trasmesso il Programma esecutivo di cui al DM 9 dicembre 2025;
- all'aggiornamento dello stato di trasmissione delle Relazioni trimestrali dei RUAS;
- all'aggiornamento del novero degli indicatori LEA dedicati alle liste di attesa.

A sua volta AGENAS, nella memoria di replica, evidenzia di aver avviato, già a partire da aprile 2026, la programmazione e l'avvio di una serie di incontri presso tutte le Regioni da parte del proprio *team* preposto all'implementazione della Piattaforma Nazionale Liste di Attesa che hanno visto la partecipazione del Direttore Generale di AGENAS, della direzione regionale, delle direzioni delle aziende sanitarie e dei RUAS. Viene riferito che lo scopo *"...è stato quello di approfondire e condividere, regione per regione, le risultanze del monitoraggio, le modalità di analisi e approfondimento dei dati, il confronto con le altre regioni e le cause di eventuali disparità dei livelli di performance anche tra aziende della stessa regione, la presenza di eventuali buone pratiche sui temi dell'appropriatezza prescrittiva, della gestione delle agende e dei percorsi di tutela, della riprogrammazione dell'offerta e delle modalità di presa in carico dei pazienti. Tali incontri hanno di volta in volta generato un resoconto degli elementi emersi e indicazioni sulle attività da porre in essere. Parallelamente, è proseguita l'attività di implementazione della Piattaforma finalizzata alla pubblicazione di una versione aggiornata, contenente anche il dettaglio delle singole regioni.*

Viene poi rappresentato che *"È stata inoltre realizzata una sezione dedicata ai Trend, che confronta la percentuale di rispetto dei tempi nel quadrimestre 2026 con il medesimo periodo del 2025. A tutte le Regioni/PA è stata resa disponibile una versione riservata del cruscotto 2.0, contenente le medesime informazioni della versione pubblica, integrate con il dettaglio a livello di azienda territoriale..." ... "Il PNGLA 2026-2028, (pubblicato in GU il 24 agosto 2026), prevede un significativo ampliamento dell'ambito di monitoraggio della PNLA. I codici relativi*

alle prime visite e alle prestazioni diagnostiche passeranno infatti da 55 a 114, rafforzando ulteriormente la capacità descrittiva e conoscitiva del sistema. Si rappresenta pertanto che l'attività di implementazione della Piattaforma deve essere considerato non già un percorso che inizia e finisce a una determinata data, ma come un processo di progressiva costruzione con le Regioni di una modalità sempre più tempestiva, aggiornata e omogenea di rilevazione dei tempi di attesa sulle prestazioni di garanzia definite dalla programmazione nazionale, nonché dalla produzione di analisi, approfondimenti, rilevazione di buone pratiche e attività di informazione e formazione, che rafforza la capacità di governo del problema e la trasparenza nei confronti dei cittadini”.

Dalla medesima memoria di replica si evince che “...la Piattaforma, grazie alla sua granularità informativa, ha consentito di individuare quattro principali aree di criticità sistemica che richiedono interventi tempestivi e mirati. Il primo elemento riguarda la disomogeneità, su base regionale, dell'utilizzo della classe di priorità P (programmata) con picchi che superano l'85% in alcune Regioni e minimi al di sotto dell'8% in altre, ponendo interrogativi sulla correttezza formale di tali prescrizioni qualora non si tratti di visite di mero controllo. In secondo luogo, la significativa discrepanza tra le date proposte dai CUP e quelle effettivamente accettate dai cittadini. A livello nazionale, il 20% degli appuntamenti di prima disponibilità proposti vengono rifiutati dai cittadini che optano per altre scelte anche sfiorando i tempi massimi di garanzia. Un terzo indicatore di criticità è stato misurato dal tempo intercorrente tra l'emissione della prescrizione e il primo contatto del cittadino con il CUP. Quando i contatti registrati oltre i tempi soglia di garanzia superano le fisiologiche soglie di tolleranza stimate attorno al 5-6%, potrebbe emergere un ostacolo all'accessibilità del sistema di prenotazione. Infine, è stato calcolato il divario esistente tra il volume delle prescrizioni emesse e il numero delle prenotazioni effettivamente registrate dal Servizio Sanitario. I dati derivanti dalla Tessera Sanitaria dimostrano che, a livello nazionale, il 50,3% delle prescrizioni per prime visite e il 54,4% di quelle per esami diagnostici si tramuta in una reale prenotazione”.

AGENAS, in relazione al metodo dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO) quale possibile strumento di supporto all'appropriatezza della prescrizione e della tempistica dell'attesa, evidenzia di aver istituito il “Tavolo permanente dei RAO e dell'appropriatezza prescrittiva” con l'obiettivo di promuovere un confronto operativo e continuativo finalizzato a condividere indirizzi, strumenti e buone pratiche per il governo della domanda e il miglioramento dell'appropriatezza. Viene evidenziato che il Tavolo, che dovrebbe riunirsi a breve, è coordinato da AGENAS e composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Regioni e delle Province autonome. Da ultimo, in relazione alla trasparenza e alle modalità di comunicazione dei dati acquisiti dal sistema di monitoraggio, rappresenta che il Bollettino trimestrale di monitoraggio delle liste di attesa di AGENAS assicura la trasparenza e la restituzione periodica dei risultati raggiunti, rendendo conoscibili in modo sistematico e continuativo gli esiti del monitoraggio.

5.2 Conclusioni

Le risultanze istruttorie evidenziano come il fenomeno delle liste di attesa continui a rappresentare una problematica strutturale del sistema sanitario italiano, caratterizzata da fattori molteplici e interdipendenti che non possono essere ricondotti esclusivamente alla fase emergenziale determinata dalla pandemia da Covid-19. Sebbene l'emergenza sanitaria abbia certamente aggravato una situazione già esistente, determinando l'accumulo di prestazioni non erogate e l'allungamento dei tempi di accesso alle cure, le criticità, già rilevate nella precedente indagine in tema di liste di attesa nel periodo Covid -19, trovano origine in problematiche organizzative, gestionali e programmatiche che da tempo interessano il Servizio sanitario nazionale. L'analisi del quadro normativo e programmatico che emerge dalla presente Relazione evidenzia come il tema della riduzione delle liste di attesa sia ormai da anni collocato tra le priorità strategiche del Servizio sanitario nazionale. Nel tempo si è assistito ad una progressiva stratificazione di disposizioni legislative, atti programmatici e interventi finanziari che hanno cercato di affrontare il fenomeno attraverso approcci differenti, passando da misure prevalentemente orientate all'incremento dell'offerta di prestazioni a strumenti più complessi finalizzati al miglioramento della governance, della programmazione e del monitoraggio.

Emerge, come la continua successione di interventi normativi non abbia sempre trovato una corrispondente capacità attuativa da parte del sistema sanitario nel suo complesso. A fronte di un quadro regolatorio progressivamente arricchitosi di strumenti e obblighi, permane, infatti, una significativa distanza tra le finalità perseguite dal legislatore e i risultati concretamente raggiunti sul territorio nazionale. Dall'analisi effettuata emerge come lo Stato abbia destinato al perseguimento dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa un ammontare significativo di risorse finanziarie, quantificabile complessivamente in 3,71 miliardi di euro nel periodo 2022-2028, accompagnando gli interventi finanziari con una progressiva evoluzione del quadro normativo e programmatico. Tuttavia, dall'analisi dei dati acquisiti emerge come l'effettivo utilizzo delle risorse, in particolar modo nel periodo 2022-2025 con fondi stanziati pari a 1,845 miliardi e risorse spese pari 1,580 miliardi, non risulti ancora pienamente soddisfacente atteso che in diversi casi le disponibilità finanziarie non si sono tradotte con la necessaria rapidità in un incremento strutturale dell'offerta sanitaria.

Si osserva, pertanto, come il problema delle liste di attesa non possa essere affrontato esclusivamente mediante l'incremento delle risorse finanziarie disponibili. Le evidenze raccolte dimostrano infatti che le criticità sono spesso riconducibili a fattori organizzativi, gestionali e programmatici che limitano la capacità del sistema di trasformare le risorse assegnate in effettive prestazioni erogabili ai cittadini.

L'indagine evidenzia come il decreto-legge n. 73 del 2024 rappresenti il più rilevante tentativo di riforma organica della materia realizzato negli ultimi anni. Le misure

introdotte delineano un modello di governance maggiormente centralizzato rispetto al passato e fondato sulla disponibilità di informazioni tempestive, sulla digitalizzazione dei processi e sul rafforzamento dei poteri di coordinamento e verifica.

Deve essere valutata positivamente l'impostazione complessiva del nuovo impianto normativo, che appare orientato a superare alcune delle principali criticità già evidenziate nelle precedenti attività di controllo, in particolare quelle relative alla frammentazione dei sistemi informativi, alla limitata disponibilità di dati comparabili tra territori e alle difficoltà incontrate dal Ministero della salute nell'esercizio delle proprie funzioni di coordinamento.

Tuttavia, le risultanze istruttorie mostrano come gran parte delle innovazioni previste si trovi ancora in una fase di implementazione e molti degli strumenti introdotti non hanno ancora raggiunto una piena operatività e, conseguentemente, non è ancora possibile valutarne gli effetti concreti sulla riduzione dei tempi di attesa.

Particolarmente significativa appare la circostanza che il successo della riforma risulti fortemente dipendente dalla collaborazione tra Stato e Regioni. Le difficoltà emerse in sede di Conferenza Stato-Regioni su alcuni provvedimenti attuativi evidenziano come il raggiungimento degli obiettivi richieda un elevato livello di cooperazione istituzionale, senza il quale il rischio è quello di rallentare ulteriormente il processo di attuazione delle misure previste.

Tra gli strumenti introdotti dal decreto-legge n. 73 del 2024, la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa costituisce probabilmente l'intervento di maggiore rilevanza strategica.

La disponibilità di una piattaforma nazionale interoperabile rappresenta un passaggio essenziale per superare una delle principali criticità storicamente riscontrate nell'attività di monitoraggio, ossia la difficoltà di disporre di informazioni uniformi, tempestive e confrontabili sull'intero territorio nazionale. La possibilità di integrare dati relativi alle agende pubbliche, private accreditate e all'attività libero professionale intramuraria potrebbe consentire di acquisire una conoscenza significativamente più accurata sia della domanda sia dell'offerta di prestazioni sanitarie.

Al tempo stesso, l'istruttoria ha evidenziato la presenza di numerosi fattori di rischio che potrebbero incidere sull'effettiva riuscita del progetto. Tra questi assumono particolare rilevanza la diversa maturità digitale delle amministrazioni regionali, la disomogeneità dei sistemi informativi attualmente in uso, le problematiche legate alla qualità e completezza dei dati e le esigenze di tutela dei dati personali.

Si osserva che il successo della Piattaforma non dipenderà esclusivamente dalla realizzazione tecnologica dello strumento, ma soprattutto dalla capacità di garantire una piena interoperabilità dei sistemi e una corretta alimentazione dei flussi informativi da parte di tutti i soggetti coinvolti. Infatti, come fatto rilevare da AGENAS nelle memorie di replica, l'attività di implementazione della Piattaforma e

l'interoperabilità dei sistemi informativi deve essere considerata *“un processo di progressiva costruzione con le Regioni di una modalità sempre più tempestiva, aggiornata e omogenea di rilevazione dei tempi di attesa sulle prestazioni di garanzia definite dalla programmazione nazionale, nonché dalla produzione di analisi, approfondimenti, rilevazione di buone pratiche e attività di informazione e formazione, che rafforza la capacità di governo del problema e la trasparenza nei confronti dei cittadini”*. Analogamente rilevante appare l'introduzione del Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione, che potrebbe consentire una programmazione maggiormente basata sull'analisi dei bisogni effettivi di salute e sull'evoluzione della domanda assistenziale. Tuttavia, l'istruttoria ha altresì evidenziato come molte delle innovazioni previste si trovino ancora in una fase iniziale di attuazione e non abbiano ancora prodotto effetti concretamente misurabili sulla riduzione dei tempi di attesa. La distanza tra la definizione normativa degli strumenti e la loro effettiva operatività continua a rappresentare un elemento di criticità che rischia di ritardare il conseguimento dei risultati attesi.

Particolare attenzione merita il tema del monitoraggio. Nonostante i progressi registrati negli ultimi anni, il sistema continua a presentare elementi di frammentarietà e disomogeneità derivanti dalla pluralità dei soggetti coinvolti, dalla diversa maturità digitale delle amministrazioni regionali e delle aziende sanitarie, nonché dalla presenza di sistemi informativi non sempre interoperabili. Permangono, inoltre, differenze significative nelle modalità di raccolta e trasmissione dei dati che rendono complessa la costruzione di un quadro informativo nazionale uniforme e tempestivo. Tali criticità assumono particolare rilievo considerando che il monitoraggio costituisce il presupposto indispensabile per qualsiasi efficace politica di governo delle liste di attesa.

Va tuttavia evidenziato, come illustrato da AGENAS nelle memorie di replica, che l'operatività e l'implementazione continua della PNLA ha consentito di individuare quattro principali aree di criticità sistemica che richiedono interventi tempestivi e mirati. In particolare, si tratta della disomogeneità, su base regionale, dell'utilizzo della classe di priorità P (programmata); della significativa discrepanza tra le date proposte dai CUP e quelle effettivamente accettate dai cittadini; dal tempo intercorrente tra l'emissione della prescrizione e il primo contatto del cittadino con il CUP; del divario esistente tra il volume delle prescrizioni emesse e il numero delle prenotazioni effettivamente registrate dal Servizio Sanitario.

Emerge poi, l'esigenza di un rafforzamento, sia a livello ministeriale che da parte delle Regioni e delle Province autonome, degli strumenti di controllo, verifica e monitoraggio previsti dalla normativa vigente in relazione ai meccanismi di responsabilizzazione dei soggetti coinvolti nell'attuazione delle misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa. Tale esigenza, deve essere soddisfatta assicurando che eventuali situazioni di inadempienza siano tempestivamente individuate e vengano applicate le misure sanzionatorie previste e siano esercitati, ove rilevino i presupposti,

i poteri sostitutivi come introdotti dalla recente normativa.

L'indagine ha inoltre confermato come una delle principali cause del permanere delle criticità sia rappresentata dalla carenza di personale sanitario e dalle crescenti difficoltà di reclutamento di figure professionali specialistiche. Le informazioni acquisite evidenziano infatti che allo stato, in numerosi contesti territoriali, le capacità produttive del sistema risultano limitate non tanto dall'assenza di risorse finanziarie quanto dalla difficoltà di reperire personale adeguato a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste. Tale circostanza rischia di ridurre l'efficacia di molte delle misure adottate, soprattutto laddove l'incremento dell'offerta assistenziale presuppone un corrispondente aumento delle risorse umane disponibili. Tuttavia, si evidenzia che le disposizioni da ultimo adottate per il reclutamento di nuovo personale sanitario e le relative risorse messe a disposizione, potrebbero ben contribuire, ove attuate tempestivamente, a ridurre gli effetti sul sistema sanitario nazionale della carenza di dette professionalità, con effetti positivi anche sulle liste di attesa.

Ulteriori elementi di attenzione emergono con riferimento all'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR e dal decreto ministeriale n. 77 del 2022. La piena realizzazione delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali potrebbe contribuire in maniera significativa a una migliore presa in carico dei cittadini e a una più appropriata gestione della domanda sanitaria, riducendo la pressione sulle strutture ospedaliere e sulle prestazioni specialistiche. Tuttavia, anche in questo caso, i benefici attesi risultano strettamente correlati alla capacità delle amministrazioni regionali di completare gli interventi programmati e di renderli pienamente operativi nei tempi previsti.

Permangono inoltre rilevanti differenze territoriali nella capacità delle Regioni di programmare, monitorare e governare il fenomeno delle liste di attesa. Tali differenze rischiano di tradursi in diseguaglianze nell'accesso alle cure, in contrasto con i principi di universalità ed equità che caratterizzano il Servizio sanitario nazionale. La garanzia di livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale richiede pertanto un rafforzamento dei meccanismi di coordinamento e indirizzo esercitati a livello centrale.

Alla luce degli elementi acquisiti, sebbene il percorso intrapreso dal legislatore con il decreto-legge n. 73/2024 possa considerarsi condivisibile e potenzialmente idoneo a determinare un miglioramento strutturale del sistema, occorre ribadire che il conseguimento degli obiettivi prefissati dipenderà in misura decisiva dalla rapidità e dalla completezza dell'attuazione delle misure previste, dalla capacità di rendere pienamente operativi gli strumenti di monitoraggio nazionale e dalla concreta disponibilità di personale sanitario necessario ad aumentare l'offerta di prestazioni.

5.3 Raccomandazioni

Alla luce delle risultanze dell'indagine, si ritiene opportuno formulare le seguenti raccomandazioni:

- a) in primo luogo, appare necessario accelerare il completamento del percorso di attuazione del decreto-legge n. 73/2024, assicurando la tempestiva operatività di tutti gli strumenti previsti dalla normativa. In particolare, si raccomanda di completare in tempi rapidi il processo di interoperabilità tra la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa e le piattaforme regionali, garantendo la piena disponibilità di dati omogenei, aggiornati e confrontabili sull'intero territorio nazionale. La disponibilità di informazioni affidabili rappresenta infatti una condizione imprescindibile per l'efficace governo del fenomeno.
- b) Si raccomanda altresì di rafforzare il sistema nazionale di monitoraggio, superando definitivamente la dipendenza da flussi informativi frammentati o da dati comunicati con modalità non uniformi. In tale prospettiva, appare opportuno completare e potenziare i già avviati sistemi di verifica automatizzati e gli strumenti di analisi in grado di consentire un monitoraggio continuo dell'andamento dei tempi di attesa, dell'utilizzo delle risorse finanziarie e del raggiungimento degli obiettivi programmati, peraltro già previsti dalle misure normative in commento.
- c) Si invita il Ministero della salute ad attenzionare mediante apposito monitoraggio le quattro principali aree di criticità sistemica rilevate da AGENAS in sede di prima operatività della PNLA, quali: la disomogeneità, su base regionale, dell'utilizzo della classe di priorità P (programmata); la significativa discrepanza tra le date proposte dai CUP e quelle effettivamente accettate dai cittadini; il tempo intercorrente tra l'emissione della prescrizione e il primo contatto del cittadino con il CUP; il divario esistente tra il volume delle prescrizioni emesse e il numero delle prenotazioni effettivamente registrate dal Servizio Sanitario.
- d) Particolare attenzione dovrà essere dedicata alla verifica dell'effettivo utilizzo delle risorse finanziarie stanziare per la riduzione delle liste di attesa. Si raccomanda pertanto di introdurre meccanismi più stringenti di rendicontazione e valutazione dei risultati conseguiti, collegando in misura crescente l'assegnazione delle risorse al raggiungimento di obiettivi rilevanti, misurabili e verificabili.
- e) Si raccomanda, inoltre, di rafforzare le attività di programmazione basate sui fabbisogni assistenziali effettivi della popolazione, valorizzando le potenzialità offerte dal Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione. L'utilizzo sistematico di strumenti predittivi potrebbe consentire una più efficace allocazione delle risorse e una migliore pianificazione

dell'offerta sanitaria.

- f) Si ritiene altresì necessario proseguire con determinazione nelle politiche di rafforzamento del capitale umano del Servizio sanitario nazionale, affrontando in maniera strutturale, mediante assunzioni stabili, le criticità legate alla carenza di personale sanitario e alle difficoltà di reclutamento. In assenza di adeguate risorse professionali, infatti, anche le migliori innovazioni organizzative e tecnologiche rischiano di non produrre gli effetti auspicati. Appare pertanto necessario completare l'iter procedurale finalizzato a dare attuazione alle disposizioni normative di cui al DL 73/2024 che consentono il superamento del tetto di spesa del personale.
- g) È auspicabile che il Ministero della Salute, nell'ottica della leale collaborazione fra Stato e Regioni, verifichi costantemente che le Regioni e le Province autonome assicurino il pieno funzionamento delle Unità centrali di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa;
- h) Si raccomanda inoltre di completare l'integrazione delle agende pubbliche, private accreditate e dell'attività libero-professionale intramuraria nei sistemi CUP regionali, garantendo la massima trasparenza dell'offerta disponibile, anche incentivando una gestione più efficiente delle capacità produttive esistenti.
- i) In relazione alla riforma dell'assistenza territoriale, appare necessario monitorare con particolare attenzione il completamento e l'effettiva operatività degli interventi previsti dal PNRR e verificarne l'effettiva capacità di contribuire alla riduzione della domanda impropria di prestazioni ospedaliere e specialistiche. Il rafforzamento dell'assistenza territoriale deve infatti essere considerato parte integrante delle strategie di riduzione delle liste di attesa e non un intervento separato rispetto ad esse.
- j) Si invita il Ministero della salute a predisporre iniziative di sensibilizzazione destinate ai medici prescrittori, accelerando il percorso di elaborazione delle Linee guida previste dal PNGLA 2026/2028, finalizzate alla riduzione del fenomeno della inappropriatezza prescrittiva.
- k) Infine, si raccomanda di proseguire nel rafforzamento degli strumenti di controllo e verifica previsti dalla normativa vigente, assicurando l'effettiva applicazione dei meccanismi di responsabilizzazione dei soggetti coinvolti anche garantendo che eventuali situazioni di inadempienza siano tempestivamente individuate, vengano effettivamente applicate le misure sanzionatorie previste e siano esercitati, ove rilevino i presupposti, i poteri sostitutivi come introdotti dalla recente normativa.

Solo attraverso un sistema fondato su trasparenza, monitoraggio continuo, responsabilizzazione degli attori istituzionali e utilizzo efficace delle risorse disponibili, puntualmente rendicontate, sarà possibile conseguire una riduzione stabile e duratura delle liste di attesa e garantire ai cittadini un accesso tempestivo ed equo alle prestazioni sanitarie.

CORTE DEI CONTI - CENTRO UNICO PER LA FOTORIPRODUZIONE E LA STAMPA - ROMA

