CORTE DEI CONTI - SCEN_GES - SCCGA - 0002338 - Uscita - 18/05/2026 - 11:08

CORTE DEI CONTI

SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO

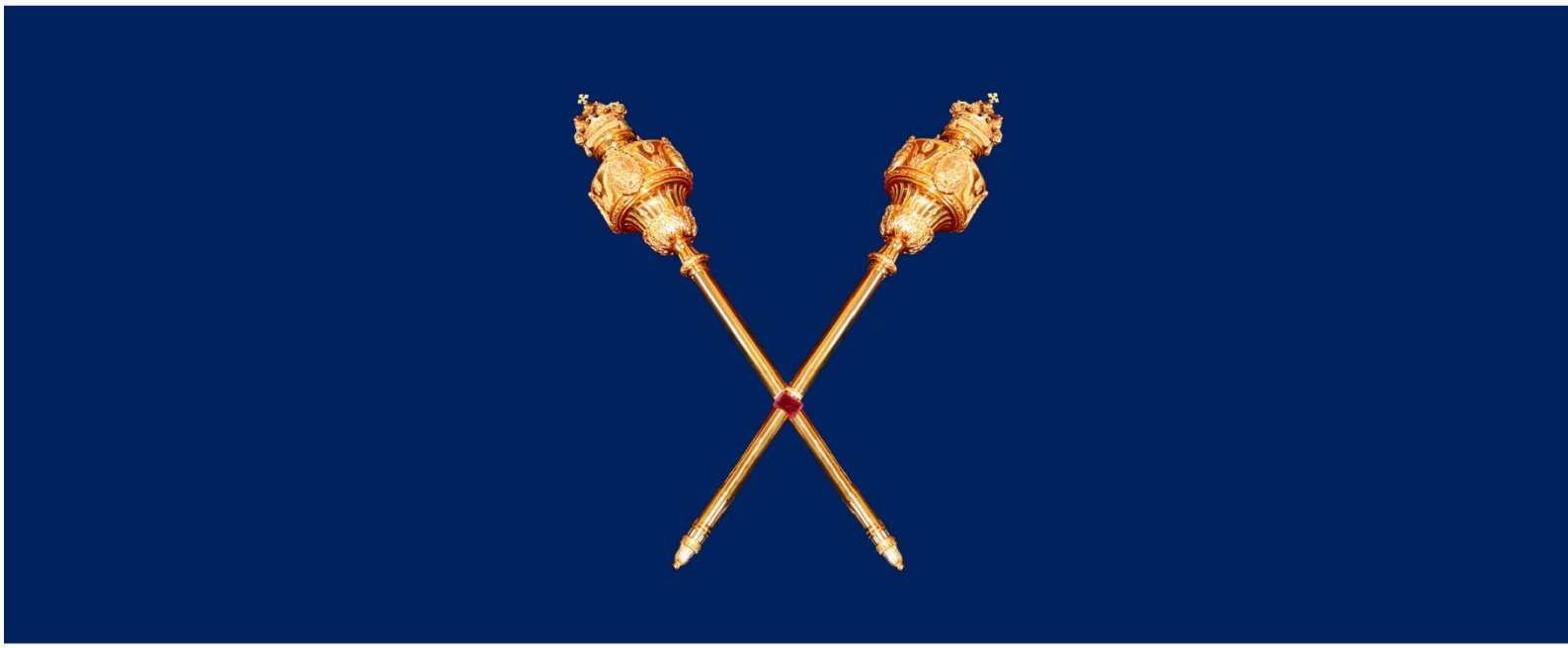
AUDIZIONE

19 maggio 2026

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ATTUAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E SULL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE NELLE REGIONI

XII COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI) DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

Presidente Lucilla Valente



CORTE DEI CONTI

CORTE DEI CONTI

SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO
SULLA GESTIONE DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO

AUDIZIONE

19 maggio 2026

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ATTUAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E SULL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE NELLE REGIONI

XII COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI) DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

Presidente Lucilla Valente

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ATTUAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA E SULL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE NELLE REGIONI

Sommario: Introduzione; 1. Quadro normativo e linee evolutive nell'organizzazione e nella gestione dell'assistenza sanitaria; 1.1 La c.d. "riforma ter", contenuta nella legge delega del 30 novembre 1998, n. 419, e nel decreto delegato 19 giugno 1999, n. 229; 1.2 La legge delega n. 133 del 13 maggio 1999 e il decreto delegato n. 56 del 18 febbraio 2000; 1.3 Liste d'attesa e Livelli essenziali di assistenza (LEA); 1.4 La normativa adottata per lo smaltimento delle liste di attesa a seguito dell'emergenza da SARS-CoV-2; 1.5 Il d.l. 7 giugno 2024, n. 73 ; 2. Le attività di controllo della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato in materia di riduzione delle liste di attesa; 2.1 Deliberazione n. 90/2024/G - "*Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19*"; 2.2 I controlli in itinere; 2.2.1 Indagine "*L'attuazione delle misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa*", di cui alla programmazione 2025; 3. Le attività di controllo programmate in materia sanitaria; 4. Conclusioni

Introduzione

La XII commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati ha deliberato di svolgere un'indagine conoscitiva sull'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle regioni, con invito rivolto, tra gli altri, anche alla Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato, al fine di "*disporre di un quadro conoscitivo aggiornato, organico e comparato della situazione regione per regione per quanto concerne l'adempimento dei LEA e della normativa per l'abbattimento delle liste d'attesa*", con l'utilizzo di un ciclo di audizioni "*che consenta di rappresentare il livello nazionale di indirizzo, coordinamento e finanziamento del Sistema sanitario nazionale (SSN)*".

In ragione delle specifiche competenze di questa Sezione di controllo, si ritiene di poter offrire utili contributi rispetto al delicato compito cui la Commissione è chiamata.

Nell'aderire all'invito, questa Sezione non può non sottolineare come il sistema italiano di tutela della salute, che deve essere assicurata a tutti i cittadini, secondo il dettato costituzionale (art. 32 Cost.), si sviluppa su più livelli: statale e regionale, in primo luogo competendo all'uno la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che il SSN è tenuto a fornire ai cittadini – nonché l'ammontare delle risorse finanziarie necessarie –, all'altro l'organizzazione sul territorio nazionale del rispettivo servizio e la garanzia dell'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA (sent. Corte Cost. n. 142/2021).

La presenza dei due livelli rende necessaria la definizione di un sistema di regole, che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze, al fine di realizzare una gestione del sistema sanitario efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini, coerentemente con le regole del bilancio (sent. Corte Cost. n. 62/2020), in un sistema costituzionale che rimette la tutela della salute alla potestà legislativa concorrente dello Stato (art. 117, co. 2, Cost.), mentre alle regioni compete una potestà legislativa residuale, relativamente alla loro organizzazione.

Ciò nondimeno, l'individuazione delle misure volte a garantire l'efficienza dell'offerta assistenziale e la tempestività dell'accesso ai LEA rientra nella materia di competenza statale esclusiva, di cui all'art. 117, co. 2, lettera m), Cost., che fa riferimento alla determinazione dei livelli essenziali di prestazioni (LEP), concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Di rilievo, in tale contesto, anche l'art. 120, 2° co., Cost., che prevede, *"[…] quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali"*, l'attivazione di poteri sostitutivi dello Stato, secondo procedure individuate dalla legge, nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione.

Assai di recente, la Corte costituzionale ha ribadito (sent. n. 26/2026) quanto più volte affermato e cioè che *"«l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini - cioè i livelli essenziali di assistenza - e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento*[1]*; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto degli standard costituzionalmente conformi» (sentenza n. 62 del 2020, punto 4.3. del Considerato in diritto). Ferma la competenza statale a definire i LEA in maniera uniforme sul territorio nazionale, alle regioni spetta, invero, la competenza a organizzare i rispettivi servizi sanitari con l'obiettivo di garantire la concreta attuazione delle prestazioni sanitarie individuate dallo Stato"*.

Al tempo stesso, non è superfluo ricordare come le prestazioni comprese nei LEA devono rispondere a criteri di sufficienza, appropriatezza, ma anche di temporalità, in modo da garantire l'erogazione con la tempestività richiesta dal quadro diagnostico.

La governabilità delle liste d'attesa richiede l'intervento del legislatore sotto due profili: quello della domanda, dovendo intervenire per limitare le prestazioni inutili e inappropriate, e quello dell'offerta, sulle disfunzioni organizzative che possono comportare l'allungamento delle liste.

Su tale imprescindibile componente del SSN, numerosi sono stati gli interventi normativi e gli sforzi organizzativi del settore pubblico.

[1] Il diritto alla salute è un diritto fondamentale, in quanto, in mancanza di questa, non è possibile *"il pieno sviluppo della persona umana"* (art. 3 Cost.).
Tale diritto, coinvolgendo primarie esigenze della persona umana, non può essere sacrificato fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestano la medesima priorità, come affermato dalla Corte costituzionale con sentenza n. 195/2024 ("*«[è] la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione» (sentenza n. 275 del 2016); da questo principio deriva che tali diritti, e in particolare il diritto alla salute, coinvolgendo primarie esigenze della persona umana, non possono essere sacrificati fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità*").

1. Quadro normativo e linee evolutive nell'organizzazione e nella gestione dell'assistenza sanitaria

1.1 La c.d. "*riforma ter*", contenuta nella legge delega del 30 novembre 1998, n. 419, e nel decreto delegato 19 giugno 1999, n. 229

Il modello emerso dalla riforma avviata dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, caratterizzato da una forte regolamentazione a livello nazionale, da un'accentuata regionalizzazione nel governo del sistema, dall'aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, destinate a operare, al pari delle private, in un mercato a "competizione amministrata", è stato successivamente oggetto di approfondimenti da parte della legge delega 30 novembre 1998, n. 419, in materia di organizzazione e funzionamento del SSN, e del decreto delegato legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Il sistema, così delineato, ha confermato le due tendenze di fondo: verso la regionalizzazione e verso l'aziendalizzazione delle strutture, ma in un contesto costituito da elementi diversi.

Da un lato, è stata accentuata la regolamentazione d'indirizzo e di dettaglio, a livello centrale, così da limitare la sperimentabilità di soluzioni gestionali a livello locale; dall'altro, gli aspetti di competizione pubblico-privato sono stati ricondotti in un disegno complessivo, in cui la programmazione regionale dell'offerta costituiva un ruolo preminente.

Nell'impianto delineato dalla legge delega n. 419/1998 e dal successivo d.lgs. n. 229/1999, lo spostamento dell'asse istituzionale verso le regioni si sostanziava nell'intestazione, in capo a quest'ultime, dei compiti concernenti:

1. l'erogazione e il finanziamento di livelli di assistenza superiori a quelli uniformi e, comunque, di eventuali disavanzi di gestione delle aziende sanitarie, con conseguente esonero d'interventi finanziari a carico dello Stato;
2. la disciplina del rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale;
3. la regolazione dell'offerta dei servizi sanitari, attraverso la verifica di funzionalità rispetto alla rete regionale (autorizzazione e accreditamento);
4. l'articolazione dell'azienda U.S.L. in distretti;
5. la determinazione dei principi per l'adozione dell'atto aziendale;
6. la vigilanza sull'appropriatezza delle prestazioni.

Del pari, nel riparto di competenze con il Ministero, è stato assegnato a quest'ultimo il compito della programmazione sanitaria, attraverso non solo l'indicazione delle linee d'indirizzo generale del SSN, la definizione e il monitoraggio dei livelli d'assistenza e delle prestazioni erogabili dal Sistema stesso, ma anche attraverso l'analisi del fabbisogno finanziario di quest'ultimo, il monitoraggio della spesa sanitaria e delle attività di ricovero ospedaliero, la promozione della carta dei servizi e l'attuazione dell'accreditamento istituzionale.

In tale quadro, le regioni, responsabili in via esclusiva della localizzazione e dell'organizzazione delle strutture e dei servizi sanitari, si sono viste assegnare il

compito di provvedere ad assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA – sulla base delle esigenze specifiche del loro territorio – con l'onere di adottare quelle misure organizzative e strutturali necessarie a far sì che l'erogazione delle prestazioni rispettassero modalità e regimi (ricovero ordinario, day hospital, day surgery, ambulatorio), appropriati e tali da garantire un uso efficace delle risorse.

Il d.lgs. n. 229/1999 ha disposto, poi, un nuovo assetto nella configurazione delle aziende sanitarie locali, come enti dotati di personalità giuridica pubblica e d'autonomia imprenditoriale, organizzati sulla base di una regolamentazione di diritto privato, prevedendo strutture operative, con autonomia gestionale, tecnica, finanziaria e contabile, e responsabilità diretta dei dirigenti rispetto al vincolo di bilancio, nonché all'utilizzazione di criteri d'efficienza, efficacia ed economicità.

Ai Direttori generali è stata assegnata la responsabilità della gestione, con periodica valutazione dell'attività di direzione e di individuazione degli obiettivi da parte della regione, anche sulla base del parere del Sindaco e della Conferenza dei Sindaci (art. 3-*bis*, co. 6), e, comunque, sulla base di criteri di valutazione determinati preventivamente e in via generale (art. 3-*bis*, co. 5).

Tale impostazione ha trovato fondamento nelle linee direttive del Piano sanitario nazionale (PSN) 1998-2000, privilegiando un concetto di salute meno legato al momento della "cura della malattia", attraverso un consistente ridimensionamento del ruolo centrale della struttura ospedaliera, orientando i servizi sanitari, da integrarsi con quelli sociali, alla prevenzione e la riabilitazione.

L'attuale sistema è stato interessato da un processo di trasformazione graduale, radicato sui principi e i valori della dignità della persona, della solidarietà, dell'eguaglianza dei cittadini, della promozione dei diritti dei soggetti deboli, della partecipazione alle scelte e della valutazione dei risultati di salute, nell'ottica di un potenziamento dei trattamenti alternativi al ricovero ospedaliero, con la conseguente riconversione delle strutture sanitarie.

È stato, inoltre, esaltato il ruolo di strutture alternative all'ospedale: il Dipartimento di prevenzione (art. 7-*bis* e 7-*quater*), chiamato a operare nell'ambito del piano attuativo locale, costituendo, nell'ambito di esso, punto di riferimento delle attività svolte sul territorio e destinato, in linea con le indicazioni del PSN 1998-2000, a garantire la tutela della salute collettiva, la prevenzione delle malattie e della disabilità, il miglioramento della qualità della vita; i distretti, dotati d'autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda, con il compito di garantire i servizi d'assistenza primaria.

Ha assunto rilevanza, in tale contesto, anche la realizzazione di strutture per il conseguente esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie, subordinate ad autorizzazione, accreditamento e alla stipula di accordi contrattuali (art. 8-*bis*), istituti di diretta gestione delle regioni e province autonome.

1.2 La legge delega n. 133 del 13 maggio 1999 e il decreto delegato n. 56 del 18 febbraio 2000

La regionalizzazione ha riguardato non solo l'enfatizzazione delle competenze regionali, ma anche l'attribuzione di fonti autonome di finanziamento, secondo la prospettiva del federalismo fiscale. Il SSN è stato finanziato da due fonti: l'imposta generale sulle attività produttive (IRAP), introdotta nel 1998, gestita a livello centrale, e il Fondo sanitario nazionale (FSN)[2].

Nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, è stato costituito così un "Fondo perequativo nazionale", alimentato con parte del gettito della compartecipazione all'IVA, da utilizzarsi per la realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale. Al fine di consentire, a tutte le regioni a statuto ordinario, di erogare livelli essenziali e uniformi di assistenza e per tener conto dell'esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali, è stata prevista la determinazione delle quote da erogare alle regioni, da effettuarsi in funzione di parametri riferiti alla popolazione residente, alla capacità fiscale, ai fabbisogni sanitari e alla dimensione geografica, e, comunque, tale da assicurare la copertura del fabbisogno sanitario delle regioni con insufficiente capacità fiscale.

L'art. 9 del d.lgs. n. 56/2000 ha provveduto a definire un sistema di garanzia del raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute, perseguiti dal SSN, da realizzarsi attraverso procedure di monitoraggio dell'assistenza effettivamente erogata in ciascuna regione.

Infatti, ai fini di garanzia di uniformità dei LEA, per ciascuna regione è stato previsto l'obbligo di vincolare – per l'erogazione delle tipologie d'assistenza, relative alle prestazioni e ai servizi individuati dal PSN – una parte di spesa corrente, pari al fabbisogno finanziario per il SSR, definito in funzione della quota capitaria di finanziamento (art. 1, co. 10, lett. c), del d.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.), determinata *"tenendo conto delle specifiche caratteristiche demografiche e sociosanitarie di ciascuna regione, secondo i criteri generali e le modalità indicate nell'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662"* (art. 8, co. 1, d.lgs. n. 56/2000).

Nei confronti delle regioni attivanti le procedure di monitoraggio e verifica dell'assistenza sanitaria erogata a partire dal 2004, viene rimosso il vincolo di destinazione delle spese sanitarie previsto nell'art. 8, co. 1 (art. 8, co. 3).

In relazione a quest'ultima disposizione, che, in sostanza, prescrive la misurazione dei risultati dell'azione delle singole Regioni, il Ministero della salute ha emanato il

[2] Con la legge delega n. 133/1999 e con il d.lgs. n. 56/2000, sono state previste novità normative riguardanti il finanziamento del SSN, secondo le quali lo stesso ha visto l'intero affidamento alle regioni, ad eccezione di una quota gestita a livello centrale per finalità o programmi particolari. Tra l'altro, la riduzione dei finanziamenti a carico del FSN nello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze, con riguardo a quanto riservato all'erogazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dal PSN, è stata compensata da entrate regionali rappresentate da: compartecipazione regionale all'IVA; aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF; aumento dell'aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine. Per le regioni a statuto speciale, Sicilia e Sardegna, nel FSN hanno trovato, invece, allocazione le disponibilità finanziarie – ridotte da specifiche disposizioni di legge – da destinarsi al finanziamento dei livelli di assistenza.

decreto 12 dicembre 2001, concernente il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", con cui ha stabilito un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento, finalizzati al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, di detti LEA, nonché dei vincoli di bilancio delle Regioni a statuto ordinario.

A seguito dell'entrata in vigore della legge 26 giugno 2024, n. 86, intitolata "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a Statuto ordinario ai sensi dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione", la Consulta (sent. Corte Cost. n. 192/2024) ha precisato che l'autonomia regionale non può, in alcun modo, spingersi sino al punto di minare l'unità e l'indivisibilità della Repubblica e che spetta al legislatore statale determinare i livelli essenziali delle prestazioni, nonché i relativi costi standard, che, in quanto tali, "*rappresentano una soglia vincolante che deve essere rispettata dalle autonomie territoriali*".

La Consulta ha più volte ribadito lo stretto collegamento tra le risorse disponibili, l'equilibrio del bilancio e la tutela dei diritti costituzionalmente garantiti, quale la tutela della salute[3].

La spesa sanitaria si colloca tra le spese costituzionalmente necessarie per le quali "*è la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a garantirne la doverosa erogazione*" (sent. Corte Cost. n. 275/2016).

1.3 Liste d'attesa e Livelli essenziali di assistenza (LEA)

La gestione delle liste di attesa e il sistema di garanzia dei LEA nei tempi stabiliti sono strettamente interconnessi, tenuto conto che la normativa nazionale richiede che le prestazioni comprese nei LEA siano garantite senza sospensioni delle prenotazioni, assicurando l'erogazione delle stesse[4], peraltro, in tempi certi e uniformi su tutto il territorio nazionale. Risulta, dunque, funzionale il monitoraggio dei LEA, quale strumento per verificarne l'equità, l'efficacia e l'appropriatezza.

Sotto il profilo normativo, l'art. 1, co. 7, del d.lgs. n. 502 del 1992 definisce i LEA come "*le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate*". In definitiva, trattasi delle prestazioni e dei servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini,

[3] Sotto il profilo contabile, le disposizioni introdotte dal d.lgs. n. 118/2011 ("Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni") e, in particolare, le regole del "perimetro sanitario", disciplinato dall'art. 20, impongono alle Regioni di procedere a una precisa individuazione delle entrate e delle spese afferenti al finanziamento del SSR, con l'obiettivo di garantire la massima trasparenza nella gestione contabile, con distinta rappresentazione delle grandezze sanitarie all'interno del bilancio e, soprattutto, l'effettiva destinazione delle risorse al finanziamento dei LEA, evitando che risorse specificamente destinate al finanziamento del SSN vengano indebitamente drenate da spese estranee o soltanto marginalmente connesse al funzionamento del medesimo.

[4] Il d.lgs. n. 229/1999 individua "i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal piano sanitario nazionale" come obiettivi espliciti del SSN e stabilisce che l'individuazione dei LEA deve essere effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie necessarie per erogarli.

gratuitamente o dietro pagamento del ticket, con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

Nel contesto rappresentato, assume rilievo preliminare l'art. 3, co. 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724[5]. Tale disposizione stabilisce l'istituzione, presso le unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere, di un registro concernente le prestazioni specialistiche ambulatoriali, le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, nonché i ricoveri ospedalieri ordinari, con la finalità di garantire l'esercizio del diritto di accesso, disciplinato dalla legge 7 agosto 1990, n. 241, prevedendo, al contempo, la possibilità di verifiche e ispezioni da parte dei soggetti a ciò autorizzati. La norma dispone, inoltre, che "*tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone*".

Ulteriore riferimento normativo è rappresentato dal d.lgs. 29 aprile 1998, n. 124[6]. In particolare, l'art. 3, co. 13, stabilisce che "*… qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale […] l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo 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, la 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*", tranne nel caso di esenzione per l'assistito, che, dunque, non ha l'obbligo alla compartecipazione.
Il successivo comma 15, del medesimo art. 3, inoltre, dispone che "*L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione*".

L'art. 1, co. 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, attribuisce al Ministero della salute il compito di verificare l'effettiva erogazione dei LEA, includendo, nell'ambito di tale attività di controllo, anche la valutazione dei tempi di attesa connessi all'accesso alle prestazioni sanitarie.

La giurisprudenza costituzionale ha più volte ribadito l'importanza di un'efficiente gestione del fabbisogno sanitario, attraverso una previa programmazione, seguita dall'obbligo di monitoraggio continuo sulla sufficienza delle risorse e sulla resa delle prestazioni, secondo gli *standard* previsti dalla normativa sui LEA.

Nel complesso sistema delineato dalla Costituzione in materia sanitaria, acquista fondamentale rilievo il perseguimento del principio di leale collaborazione[7] tra Stato ed enti territoriali, nel pieno rispetto delle reciproche competenze, per "*realizzare una*

[5] legge 23 dicembre 1994, n. 724, recante "*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*".

[6] d.lgs. 29 aprile 1998, n. 124, ad oggetto "*Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449*".

[7] È stato implementato un sistema di regole del settore, le quali, nell'alveo della legislazione vigente, vengono ordinariamente concertate mediante la sottoscrizione di specifici Accordi e Intese tra lo Stato e le Regioni (artt. 3 e 4, d.lgs. n. 281/1997), al fine di garantire, in base al principio della leale collaborazione tra i due livelli di governo (Stato e Regioni), l'armonizzazione delle forme di assistenza sul tutto il territorio nazionale.

gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio" (Corte cost., sent n. 62 del 2020).

Nonostante sia previsto l'agire sinergico di tutti i soggetti coinvolti (Corte cost., sent. n. 132/2021), all'interno di una *"visione trascendente della garanzia dei LEA che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana"* (Corte cost., sent n. 62 del 2020), la legge n. 311/2004 prevede adempimenti a carico delle regioni in condizione di squilibrio economico-finanziario - programmi operativi di riorganizzazione e riqualificazione e potenziamento del SSR (piani di rientro) -, che devono contenere sia *"le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA"*, per renderle conformi con la programmazione nazionale e con il DPCM di fissazione dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio finanziario.

Necessario corollario che trova giustificazione nelle disposizioni di cui all'art. 120 Cost., 2° co., è la previsione contenuta nei commi 174 e ss., che consente allo Stato di sostituirsi agli enti territoriali, attraverso la nomina di un Commissario, quale organo straordinario e temporaneo che opera in autonomia.

È la verifica dello Stato sull'assetto finanziario regionale e la possibile messa in pericolo dei LEA che porta alla nomina del Commissario, sanzione per l'inadempimento della regione al piano di rientro, concordato con il Governo, al pari di quelle sanzioni contenute nella legge, come l'aumento delle aliquote fiscali IRAP e IRPEF, che, tuttavia, colpiscono la cittadinanza e non risolvono le cause strutturali del disservizio[8].

Ulteriori disposizioni in materia di liste d'attesa sono contenute nella legge finanziaria per il 2006 (legge 23 dicembre 2005, n. 266). In particolare, l'art. 1, co. 280, prevede la conclusione di un'intesa tra lo Stato e le Regioni, ai sensi dell'art. 8, co. 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, finalizzata alla realizzazione, da parte delle amministrazioni regionali, degli interventi delineati nel Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, allegato alla medesima intesa. Il successivo comma 282 introduce, invece, il divieto di sospendere le attività di prenotazione relative alle prestazioni incluse nel DPCM del 29 novembre 2001, recante *"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"*[9],

[8] La figura del commissariamento è stata rafforzata nel 2019 (d.l. n. 35/2019 decreto Calabria), configurando in capo al Commissario poteri di valutazione dei direttori generali aziendali, direttori sanitari e direttori amministrativi, con facoltà di dichiararne la decadenza dall'incarico. Il commissario coordina, a sua volta, eventuali gestioni straordinarie in caso di dissesto.

[9] Con il DPCM del 16 aprile 2002 i livelli essenziali di assistenza sanitaria, già definiti dal DPCM del 29 novembre 2001, sono stati integrati con le *"Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa"*(all. 5), dando atto della *"necessità di adottare ulteriori misure per garantire l'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, ed in particolare di quelle ritenute urgenti, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza individuati"*. Da ultimo, i livelli essenziali di assistenza sono stati aggiornati con il DPCM del 12 gennaio 2017, integralmente sostitutivo del DPCM del 29 novembre 2001 e di numerosi altri provvedimenti attualmente in vigore. Con l'aggiornamento dei LEA, è stato ritenuto inoltre necessario adeguare il sistema di garanzie per il raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 9 del d.lgs. n. 56/2000 per la verifica dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata, mediante il Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019 per il monitoraggio dell'efficienza ed appropriatezza organizzativa, clinica e di sicurezza delle cure.

Con la legge di riforma costituzionale n. 3/2001, di modifica del tit. V Cost., viene introdotto nel quadro costituzionale la nozione di *"Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali"*.

prevedendo l'obbligo per le Regioni e Province autonome di informare il Ministero della salute, con cadenza semestrale, nell'ipotesi di sospensione dell'erogazione per motivazioni di carattere tecnico. La violazione del divieto di cui al comma 282 citato comporta l'applicazione delle sanzioni previste dal comma 284[10].

Con il d.m. del 12 marzo 2019 è stato introdotto il *"Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria"* (NSG) (operativo dal 1°gennaio 2020), che consiste in un *"sistema descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati di tutte le regioni"* e si propone la finalità, utilizzando le informazioni disponibili sul Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), *"di mettere in relazione i livelli essenziali di assistenza, effettivamente assicurati dalle suddette amministrazioni nei rispettivi territori, con le dimensioni da monitorare quali: i. efficienza ed appropriatezza organizzativa; ii. efficacia ed appropriatezza clinica; iii. sicurezza delle cure"*.

In attuazione di quanto previsto dal citato art. 1, co. 280, della legge n. 266/2005, sono stati adottati diversi Piani nazionali di governo delle liste di attesa. In particolare, sono stati approvati il Piano relativo al triennio 2006-2008, quello riferito al triennio 2010-2012 e, in ultimo, nel febbraio 2019, il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021.

Il PNGLA 2019-2021 costituisce, allo stato attuale, il principale strumento diretto a regolare in maniera uniforme, su tutto il territorio nazionale, l'accesso alle prestazioni sanitarie (visite specialistiche, esami diagnostici e ricoveri), con la finalità espressamente dichiarata di garantire il rispetto, da parte delle regioni, dell'adozione delle misure destinate a incidere sia sulla domanda (ossia sulle modalità di prescrizione delle prestazioni), sia sull'offerta (ossia sulla fornitura di un numero di prestazioni in grado di coprire il fabbisogno), nonché la gestione delle procedure di prenotazione che definiscono il momento dell'incontro della domanda con l'offerta disponibile, proponendo al richiedente una data per l'esecuzione della prestazione entro i tempi massimi predefiniti.

Ai sistemi di prenotazione è demandata anche la predisposizione di specifici "percorsi di tutela" per la presa in carico delle prenotazioni.

La classificazione dei LEA per macrocategorie vede tre livelli di assistenza:

1) prevenzione collettiva e sanità pubblica, ossia le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli cittadini (per es.: prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, programmi vaccinali, etc.);
2) assistenza distrettuale, ossia le attività e i servizi socio-sanitari diffusi sul territorio (es.: assistenza di base, assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale);
3) assistenza ospedaliera, ossia attività e servizi sanitari offerti nei presidi ospedalieri (per es.: pronto soccorso, day hospital, day surgery).

[10] legge n. 266/2005, art. 1, co. 284: *"Ai soggetti responsabili delle violazioni al divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. Ai soggetti responsabili delle violazioni all'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro. Spetta alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano l'applicazione delle sanzioni di cui al presente comma, secondo i criteri fissati dalla Commissione prevista dal comma 283"*.

Il Piano prevede un sistema di monitoraggio su una serie predefinita di prestazioni, identiche per tutte le regioni, diretto a riscontrare, per ciascuna di esse, l'effettivo rispetto dei tempi di attesa.

Le rilevazioni fornite da questi monitoraggi sono comprese tra gli indicatori utilizzati dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, da parte dei singoli Sistemi sanitari regionali (d.m. 12 marzo 2019), il cui esito positivo dà accesso, tra l'altro, alla quota premiale del FSN.

Quest'ultimo Piano è da considerarsi tuttora applicabile, fino alla definizione di un nuovo accordo. In tale prospettiva, è stato istituito, presso il Ministero della salute, il Tavolo tecnico incaricato dell'elaborazione e dell'attuazione del PNGLA per il periodo 2024-2026[11].

Sempre nell'ambito delle iniziative volte al governo del fenomeno delle liste di attesa, con d.m. 20 giugno 2019 – successivamente rinnovato con d.m. 31 dicembre 2021 – è stato istituito, presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, l'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa, chiamato a supportare le regioni e le Province autonome, nell'attuazione delle disposizioni contenute nel PNGLA 2019-2021, svolgendo, al contempo, attività di monitoraggio sull'effettiva applicazione delle misure previste e procedendo all'analisi delle eventuali criticità riscontrate[12].

[11] decreto direttoriale del Ministero della salute del 21 dicembre 2023, successivamente modificato e integrato con decreto direttoriale del Ministero della salute dell'11 gennaio 2024.

[12] L'Osservatorio è composto da rappresentanti del Ministero della salute, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nonché da rappresentanti delle regioni e delle Province autonome e delle organizzazioni civiche impegnate nella tutela della salute, e rimane in carica per la durata di vigenza del PNGLA 2019-2021.

1.4 La normativa adottata per lo smaltimento delle liste di attesa a seguito dell'emergenza da SARS-CoV-2

Nel periodo caratterizzato dall'emergenza pandemica, sono state, inoltre, introdotte specifiche misure, finalizzate al recupero delle prestazioni sanitarie sospese o rinviate e alla riduzione delle liste di attesa.

In particolare, con il d.l. 17 marzo 2020, n. 18[13], sono state previste misure straordinarie per il reclutamento di personale sanitario, con l'obiettivo di assicurare l'erogazione dei LEA e d'incrementare la disponibilità di posti letto necessaria a fronteggiare l'emergenza sanitaria[14].

Va, infine, evidenziato che l'emergenza pandemica ha determinato un significativo accumulo di prestazioni sanitarie non erogate nel periodo emergenziale, con conseguente ampliamento delle liste di attesa. Tale situazione ha reso necessaria l'adozione di ulteriori interventi, volti a fronteggiare il prolungamento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie.

L'art. 1, co. 268, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, in particolare, ha previsto, previa verifica dell'impossibilità di utilizzare il personale già in servizio e di attingere agli idonei collocati nelle graduatorie vigenti, la possibilità, per gli enti del SSN, di ricorrere ad alcune delle misure previste nel citato d.l. n. 18/2020, fino al 31 dicembre 2024, e di procedere all'assunzione a tempo indeterminato del personale appartenente ai ruoli sanitario e sociosanitario, precedentemente reclutato con contratto a tempo determinato, entro il medesimo termine.

L'art. 29 del d.l. 14 agosto 2020, n. 104[15] ha introdotto specifiche disposizioni urgenti finalizzate alla gestione e alla riduzione delle liste di attesa, tenendo conto delle

---

[13] d.l. 17 marzo 2020, n. 18, recante "*Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*".

[14] In tale contesto, gli artt. 2-*bis*, 2-*ter* e 2-*quinquies* prevedono specifiche misure, volte a rafforzare temporaneamente la capacità operativa delle aziende e degli enti del SSN, consentendo il conferimento di incarichi di lavoro autonomo e il ricorso alle procedure di assunzione, in deroga alla previgente normativa.
In particolare, l'art. 2-*bis*, consente: a) il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, inclusi quelli di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi e prorogabili, in favore del personale appartenente alle professioni sanitarie e degli operatori sociosanitari, nonché dei medici specializzandi iscritti all'ultimo e al penultimo anno del relativo corso di specializzazione; b) il ricorso alle procedure di assunzione previste dall'art. 548-*bis* della legge 30 dicembre 2018, n. 145, che consente l'instaurazione di rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato e a tempo parziale con i medici specializzandi collocati in apposita graduatoria separata, anche in assenza dell'accordo quadro previsto dalla medesima disposizione; c) il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, inclusi quelli di collaborazione coordinata e continuativa, anch'essi di durata non superiore a sei mesi e prorogabili, a dirigenti sanitari, al personale del ruolo sanitario appartenente al comparto sanità, nonché agli operatori sociosanitari già collocati in quiescenza; l'art. 2-*ter* introduce, inoltre, la facoltà, per le aziende e gli enti del SSN, di attribuire incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e agli operatori sociosanitari, previo espletamento di apposita procedura di avviso pubblico; l'art. 2-*quinquies* reca, invece, disposizioni urgenti finalizzate al potenziamento del reclutamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. In particolare, la norma consente ai laureati in medicina e chirurgia, già abilitati all'esercizio professionale, di assumere incarichi provvisori o di sostituzione, anche durante lo svolgimento del percorso formativo specifico. Il successivo art. 3 del d.l. n. 18/2020 stabilisce, inoltre, che le regioni e le province autonome possano procedere alla stipula di contratti, ai sensi dell'art. 8-*quinquies* del d.lgs. n. 502/1992, al fine di acquisire ulteriori prestazioni sanitarie, anche in deroga ai limiti di spesa previsti dalla normativa vigente.

[15] d.l. 14 agosto 2020, n. 104, recante "*Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia*".

indicazioni contenute nelle circolari del Ministero della salute, relative alla rimodulazione delle attività programmabili e differibili nel corso dell'emergenza sanitaria.

In particolare, al fine di garantire una risposta tempestiva alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero non erogate durante la fase emergenziale e, contestualmente, di favorire la riduzione delle liste di attesa, la norma attribuisce, alle Regioni, alle Province autonome e agli enti del SSN, la possibilità di avvalersi di specifici strumenti straordinari[16], anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale.

Al fine di assicurare l'attuazione delle misure sopra richiamate, l'art. 29 dispone un incremento del livello di finanziamento del FSN standard cui concorre lo Stato. Ai fini dell'accesso alle risorse aggiuntive, le Regioni e le Province autonome sono tenute a presentare, al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, un Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, nel quale devono essere indicati i modelli organizzativi adottati, le tempistiche previste per l'attuazione degli interventi e la destinazione delle risorse finanziarie.

Il termine previsto per quanto disposto dall'art. 29 del d.l. n. 104/2020, inizialmente fissato al 31 dicembre 2020, è stato prorogato, con l'approvazione di diverse norme, fino al 31 dicembre 2023[17].

Con riferimento alle ulteriori misure introdotte per fronteggiare la carenza di personale sanitario, va segnalato che l'art. 11 del d.l. 30 marzo 2023, n. 34, ha disposto l'incremento delle tariffe orarie riconosciute per lo svolgimento di prestazioni aggiuntive nei servizi di emergenza-urgenza.

Successivamente, la legge 30 dicembre 2023, n. 213, introducendo ulteriori interventi in materia, finalizzati comunque a contrastare la carenza di personale sanitario, contribuire alla riduzione delle liste di attesa e limitare il ricorso a forme di esternalizzazione dei servizi, ha previsto (commi 218 e 219), per il personale medico e per il personale del comparto sanitario, un ulteriore incremento delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive e la proroga dell'utilizzo degli incrementi fino al 31 dicembre 2026, con relativo incremento di autorizzazione alla spesa fino al 2026 (comma 220).

---

[16] In particolare,
con riferimento al recupero dei ricoveri ospedalieri:
- prestazioni aggiuntive dei dirigenti sanitari e del comparto sanità, previo incremento delle tariffe;
- reclutamento di personale appartenente alla dirigenza sanitaria e al comparto sanitario mediante contratti a tempo determinato o mediante forme di lavoro autonomo;
- impiego delle figure professionali previste in incremento ai sensi delle disposizioni contenute nel d.l. n. 18/2020;

con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alle attività di screening:
- incremento del monte ore destinato all'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna;
- possibilità per i medici iscritti all'ultimo anno del corso di formazione specialistica, previo rispetto dei requisiti previsti dalla norma, di redigere referti relativi alle visite, agli esami e alle prestazioni specialistiche, limitatamente alle prestazioni di controllo ambulatoriale.

[17] Cfr.: art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73; l'art. 1, co. 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234; l'art. 4, co. 9-*septies* e co. 9-*octies*, d.l. 29 dicembre 2022, n. 198.

Infine, la medesima legge ha previsto, per le Regioni e le Province autonome, fino al 31 dicembre 2024, la possibilità di coinvolgere anche le strutture private accreditate, utilizzando una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard.

Da ultimo, si evidenzia che, con decreto del Ministero della salute del 26 gennaio 2024, è stata istituita, presso l'Ufficio di Gabinetto, la Commissione di studio per il governo delle liste di attesa, con il compito di analizzare le prestazioni sanitarie con maggiori criticità in relazione ai tempi di attesa e fornire supporto tecnico finalizzato al miglioramento delle modalità di gestione delle liste. La Commissione è, inoltre, chiamata a svolgere attività di monitoraggio periodico dei tempi di attesa, anche con riferimento agli interventi programmati nell'ambito dei Piani operativi regionali per il recupero delle liste di attesa.

1.5 Il d.l. 7 giugno 2024, n. 73

Il d.l. giugno 2024, n. 73, recante "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*", convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, è intervenuto sulla materia con un insieme articolato di disposizioni, volte ad affrontare il fenomeno delle liste di attesa in modo sistemico e trasversale.

L'approccio strategico propone non solo risorse e interventi di potenziamento dell'offerta, con monitoraggio da parte dell'Amministrazione centrale, ma contiene anche interventi da collegarsi all'appropriatezza prescrittiva per il governo della domanda, attraverso anche la disponibilità di sistemi di prenotazione regionali che garantiscano unitari canali di accesso per i cittadini.

Apprezzabile il nuovo modello di relazione Stato-Regioni, volto a governare il monitoraggio del fenomeno: l'elaborazione tempestiva di indicatori di processo e di performance, la consultazione degli stessi attraverso piattaforme condivise, finalizzata a mantenere un raccordo continuo tra l'interesse nazionale a una corretta erogazione dei LEA e la necessità a livello regionale/aziendale della individuazione nei contesti territoriali delle linee sulle quali concentrare le azioni di miglioramento.

In particolare, in coerenza con l'obiettivo di "*Potenziamento del Portale della Trasparenza*" previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), è istituita presso l'AGENAS (articolo 1) la "*Piattaforma nazionale delle liste di attesa*", strumento, di cui si avvale il Ministero della salute, "*finalizzato a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme*" regionali e provinciali dedicate alla gestione delle liste di attesa, favorendo la condivisione e l'integrazione delle informazioni tra i diversi livelli del SSN[18], con l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale (comma 5).
La Piattaforma opera in coerenza con il "Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione" (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento

[18] A tale scopo i dati del flusso informativo "Tessera sanitaria" sono resi disponibili al Ministero della salute e all'AGENAS, con modalità da definirsi con successivo protocollo. Rimessa a un decreto del Ministero della salute l'adozione di specifiche linee guida, per definire i criteri di realizzazione, funzionamento e interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e quelle regionali (co. 3).

1.3.2 M6-Salute, C1, del PNRR, da rendere disponibile con successivo decreto del Ministro della salute.

Viene, altresì, prevista, presso il Ministero della salute, l'istituzione dell'"*Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria*", al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) alle dirette dipendenze del Ministro. Lo stesso svolge le funzioni già attribuite al Sistema, fatta eccezione per le funzioni di cui all'art. 1, co. 3 lett. c), e), g), h), l) del decreto del Ministero della salute 17 giugno 2006[19], che continuano ad essere esercitate secondo quanto previsto dal suddetto decreto. L'Organismo ha potere di accesso presso le aziende e gli enti del SSR, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari, gli erogatori privati accreditati e tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, per "*verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agenzie di prenotazioni*". Le risultanze delle attività di controllo sono trasmesse al Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (RUAS), figura introdotta dalla medesima disciplina, nei cui confronti l'Osservatorio può esercitare poteri sostitutivi.

La norma introduce ulteriori disposizioni volte al rafforzamento e all'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie. In particolare, introduce l'obbligo, per gli erogatori pubblici e per le strutture private accreditate, sia ospedaliere che ambulatoriali, di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale; la piena interoperabilità dei centri di prenotazione degli erogatori privati accreditati con i CUP, quale condizione preliminare per la stipula degli accordi contrattuali, a pena di nullità; l'ottimizzazione delle agende di prenotazione e disdetta delle prestazioni sanitarie; la previsione di agende dedicate per le prestazioni inerenti alle patologie croniche oncologiche.
La norma ribadisce, altresì, il divieto, per le aziende sanitarie e ospedaliere, di sospendere o interrompere le attività di prenotazione delle prestazioni sanitarie, con

[19] d.m. salute 17 giugno 2006, recante "*Istituzione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*".
Art. 1, co. 3, lettere:
"*c) le attività relative al sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, afferente al Ministero della salute, teso alla verifica del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale, ai fini della verifica dell'erogazione dei servizi ai cittadini, di cui all'art. 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i livelli essenziali di assistenza;*
e) le attività del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art. 9 della intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, costituito con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005, cui è affidato il compito di verifica dell'erogazione di tali livelli in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e di verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione;
g) le attività dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, inerenti il supporto al Ministero della salute ed alle regioni in materia di verifica dei livelli essenziali di assistenza;
h) le attività della commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, istituita dall'art. 1, comma 283, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale;
l) le attività del Nuovo sistema informativo sanitario rilevanti ai fini del monitoraggio dell'assistenza sanitaria".

conseguente applicazione delle sanzioni previste dall'art. 1, co. 284 della legge n. 266/2005, già citata, raddoppiate nei limiti minimi e massimi edittali.
Riconferma, in caso di mancato rispetto dei tempi previsti nelle classi di priorità stabilite dal PINGLA 2019-2021, che le direzioni generali aziendali garantiscano, comunque, l'erogazione delle prestazioni richieste, nei limiti delle risorse previste dall'art. 1, co. 232 e 233 della legge n. 213/2023, mediante il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, alle prestazioni aggiuntive o alle strutture private accreditate, applicando la tariffa nazionale vigente.
La norma pone, altresì, a carico del direttore generale aziendale, la vigilanza del rispetto degli obblighi, anche ai fini dell'eventuale esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione.
Il Ministero della salute provvede, inoltre, al monitoraggio dell'utilizzo delle risorse di cui sopra, vincolate alle predette finalità e, qualora non utilizzate, da accantonare nei bilanci del SSN per il finanziamento di ulteriori interventi di recupero delle liste di attesa.

Il decreto legge in esame prevede, peraltro, ulteriori misure volte al potenziamento dell'offerta assistenziale, quali l'erogazione delle prestazioni nelle giornate di sabato e domenica, l'estensione delle fasce orarie di attività, oltre alla possibilità del superamento dei tetti di spesa previsto, in materia di personale.

2. Le attività di controllo della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato in materia di riduzione delle liste di attesa

2.1 Deliberazione n. 90/2024/G - *"Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19"*

Nell'ambito delle verifiche sull'attuazione delle politiche pubbliche in materia sanitaria, con la deliberazione n. 90/2024/G del 13 novembre 2024, la Sezione ha approvato la relazione, intitolata *"Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19"*, nella quale sono state illustrate le risultanze delle istruttorie, concernenti le indagini *"Riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni ambulatoriali, allo screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19"* (delib. n. 5/2021/G) e *"Disposizioni in materia di liste di attesa Covid"* (delib. n. 3/2022/G), unificate con ordinanza presidenziale n. 4/2024.

La relazione abbraccia l'arco temporale 2019-2023 (pre e post emergenza Covid), con accenni alla situazione presente nel primo semestre 2024. La Sezione ha esaminato le misure assunte per ridurre l'incremento delle liste di attesa, a fronte degli oltre 2 miliardi di euro complessivamente stanziati, in relazione al periodo 2020–2024, valutando l'adeguatezza dell'azione amministrativa del Ministero della salute, finalizzata all'attuazione delle disposizioni normative, tese a recuperare le liste di attesa, ampliatesi a causa dell'emergenza pandemica.

L'analisi, effettuata sulla scorta della documentazione prodotta dal Ministero della salute e sulle risultanze del monitoraggio effettuato dal medesimo su regioni e Province autonome, ha fissato e fornito elementi utili per la valutazione delle misure successivamente adottate, anche a livello legislativo, per contrastare il fenomeno.

All'esito del controllo, la Sezione ha riscontrato in sintesi:
- un ridotto impiego delle risorse da parte delle regioni, con fondi utilizzati anche per il ripianamento dei disavanzi sanitari;
- l'incompletezza delle informazioni sui trasferimenti verso le aziende sanitarie, che non ha consentito un controllo efficace da parte del Ministero della salute rispetto ai vincoli di destinazione dei finanziamenti;
- la presenza di sistemi di monitoraggio caratterizzati da dati parziali, disomogenei e non comparabili (spesso basati su autocertificazioni regionali e metodi di calcolo diversi), pertanto inidonei a consentire una precisa valutazione circa l'effettivo recupero delle prestazioni arretrate.

Tuttavia, la Sezione non ha potuto non prendere atto delle 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 per la riduzione dei tempi di attesa, relativi alle varie tipologie di prestazioni sanitarie.

Dai dati raccolti, è emersa una significativa "discrasia temporale" nelle disponibilità di informazioni aggiornate, riguardanti l'inclusione di tutte le agende nei sistemi CUP. Più in generale, i riscontri trasmessi dalle regioni e province autonome sono risultati incompleti e non omogenei, compromettendo la possibilità di valutare in maniera pienamente efficace l'impatto delle misure adottate.

La delibera ha sottolineato, inoltre, la specificità delle finalità dei monitoraggi dei Piani operativi di recupero, in particolare, per l'analisi della corretta gestione delle risorse stanziate a seguito della crisi pandemica. In effetti, tali attività si collocano come complemento rispetto alla rilevazione ordinaria dei tempi di attesa e alla gestione delle liste, che viene effettuata congiuntamente dal Ministero e da AGENAS.

Le Linee guida per i Piani operativi hanno individuato, quale presupposto generale, il recupero prioritario delle prestazioni relative alle patologie oncologiche e alle cosiddette patologie maggiori. Per ciascuna delle tre linee di attività identificate, sono stati, altresì, definiti criteri volti a stabilire le categorie di prestazioni a maggiore priorità.

Dal monitoraggio relativo all'anno 2022, è emersa, da un lato, una notevole eterogeneità tra le regioni, nella percentuale di recupero delle liste di attesa; dall'altro lato, è stato rilevato che le risorse stanziate per tali interventi sono state impiegate solo in parte, indicando margini di inefficienza nell'utilizzo dei finanziamenti disponibili.

Seppure il d.l. n. 198/2022 abbia fornito chiarimenti in merito alle modalità di finanziamento dei Piani operativi, finalizzati alla riduzione delle liste di attesa, il monitoraggio successivo, realizzato alla luce delle indicazioni, contenute nel ricordato d.l. n. 73/2024, e dei chiarimenti forniti dal Ministero alle regioni e province autonome, non ha prodotto i risultati attesi. Tale esito risente anche delle criticità metodologiche legate all'impiego di "dati autocertificati", resosi necessario in assenza di sistemi informativi strutturati, che siano in grado di rilevare in maniera completa e standardizzata le informazioni richieste per il monitoraggio.

Dal monitoraggio relativo all'anno 2023, è emersa, nuovamente, una notevole eterogeneità: le percentuali di recupero delle diverse tipologie di prestazioni sono risultate, infatti, differenziate a seconda della regione o provincia autonoma di riferimento, nonché variate in relazione al periodo di riferimento, con distinzione tra le code accumulate negli anni 2020-2021 e quelle relative al 2022.

Dal monitoraggio ulteriore, condotto dal Ministero sull'utilizzo delle risorse stanziate dalla normativa vigente per il contenimento delle liste di attesa, nel 2023 è emerso che, nonostante l'entità significativa dei finanziamenti stanziati, il loro effettivo utilizzo da parte delle regioni è risultato limitato. In particolare, alcune regioni non hanno fatto ricorso né al residuo finanziamento previsto dalla legge n. 234/2021, né alla quota dello 0,3% destinabile al recupero delle liste di attesa per il medesimo anno, privilegiando, invece, l'impiego di altre risorse di bilancio regionale.

La Sezione ha evidenziato, altresì, che la riduzione dei tempi di attesa, trattandosi di prestazioni comprese nei LEA, determina, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, comma 2, la necessità di coordinamento, conforme alla disciplina costituzionale, che riconduce alla competenza statale la materia del *"[…] coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale"* (lett. r), all'interno della quale appaiono pacificamente collocabili le attività di monitoraggio sopra richiamate. Pertanto, ha segnalato l'opportunità di collocare in tale ambito l'apparato organizzativo e informativo, finalizzato a predisporre un monitoraggio relativo al conseguimento degli obiettivi di riduzione delle liste di attesa e del proficuo utilizzo delle relative risorse, e soprattutto anche con riferimento alle iniziative via via assunte dal legislatore per ridurre il fenomeno.

La Sezione ha richiamato, infine, la necessità di dare piena attuazione alla normativa esistente, istituendo organismi e piattaforme realmente interoperabili e rafforzando i sistemi di monitoraggio.

Alle osservazioni sopra descritte, se ne aggiungono ulteriori in merito al riscontro della mancata applicazione delle sanzioni previste dalla legge – per la sospensione delle prestazioni, della mancata presenza di azioni disciplinari o controlli a carico dei direttori generali, chiamati a garantire il rispetto dei tempi di attesa – alle quali si aggiunge l'utilizzo residuale del meccanismo che consente di erogare prestazioni in intramoenia a carico dell'aziende sanitarie, applicato solo in alcune realtà.

A conclusione della verifica, la Sezione ha formulato all'Amministrazione interessata alcune raccomandazioni sopra evidenziate e provveduto a trasmettere alla stessa la

deliberazione e la relazione. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 3, co. 6, della l. n. 20/1994, la Sezione ha acquisito, nei termini di legge, la risposta, puntuale e tempestiva, trasmessa dal Ministero della salute, in ordine alle misure consequenziali adottate dallo stesso.

È emerso che la problematica più rilevante resta la difficoltà di monitorare i tempi di attesa a livello territoriale, questione che deriva dalla ripartizione delle competenze legislative e dalla inefficienza delle piattaforme informative centralizzate, in merito alla interoperabilità con quelle regionali. Permane, quindi, un ritardo nell'attuazione della normativa vigente, che prevede organismi e strumenti deputati al monitoraggio delle prestazioni, all'utilizzo delle risorse e all'applicazione delle sanzioni.

Il Ministero ha, tuttavia, riferito di aver intrapreso iniziative correttive e, in alcuni casi, sostitutive, volte a sopperire alle inadempienze e a superare le criticità emerse. In sintesi, lo stesso ha richiamato: l'avvio di un nuovo PINGLA 2025-2027; l'istituzione di una piattaforma nazionale presso AGENAS (d.l. n. 73/2024); l'introduzione di flussi informativi ex ante per i ricoveri programmati e interventi previsti dal medesimo d.l. n. 73/2024 e dal disegno di legge AC 2365 "*Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria*", in corso di approvazione; l'avvio di iniziative correttive e di coordinamento con le regioni.

La Sezione ha riconosciuto che sono in corso sviluppi significativi sul piano dei sistemi informativi e che il nuovo PNGLA, quando sarà approvato, potrà imprimere un'accelerazione al raggiungimento dell'obiettivo della riduzione dei tempi di attesa.

2.2 I controlli in itinere

2.2.1 Indagine *"L'attuazione delle misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa"*, di cui alla programmazione 2025

La Sezione, per dare continuità all'attività di controllo, già effettuata con la programmazione 2025 (delib. n. 40/2025 del 4 marzo 2025) ha individuato una nuova indagine denominata "*L'attuazione delle misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa*", con l'obiettivo di verificare l'azione amministrativa del Ministero della salute, finalizzata a ridurre le liste di attesa e l'attività di monitoraggio del medesimo sull'utilizzo dei finanziamenti previsti per conseguire tale obiettivo.

Sebbene l'indagine sia ancora in corso, l'istruttoria, finora condotta e finalizzata alla stesura della relazione finale, permette di fornire un quadro alla data del 15 dicembre 2025 (quadro aggiornato a febbraio 2026, con informazioni fornite dal Ministero), in particolar modo descrittivo dello stato di realizzazione degli interventi delineati dal d.l. n. 73/2024.

In primo luogo, si rammenta l'adozione, in data 28 ottobre 2024, del d.m. 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*", trasmesse dal Ministero, con cadenza semestrale e in formato elettronico, 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 data 17 febbraio 2025, il Ministero della salute ha adottato il decreto concernente le *"Linee guida della Piattaforma nazionale delle liste di attesa e criteri di interoperabilità con le piattaforme regionali"*, con il quale 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'offerta.

Il percorso attuativo della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA) da istituire presso AGENAS (art. 1, d.l. n. 73/2024) e diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme regionali e provinciali è stato caratterizzato da articolate fasi di istruttoria fra AGENAS e Ministero, a seguito delle quali, a 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[20] e ha raccolto oltre 37 milioni di prenotazioni tra gennaio e agosto 2025, ampliate, al 30 settembre 2025, a quota 42 milioni, da tutte le strutture del settore pubblico e privato accreditato.

Seguendo il cronoprogramma della PNLA, entro il mese di dicembre 2025, avrebbe dovuto essere pubblicata la versione 2.0 della Piattaforma, con i dati regionali rappresentati con indicatori condivisi con le regioni e le province autonome; tuttavia, tale versione, pur approntata, non risulta formalmente approvata dalla Conferenza.

Tutti i programmi di intervento relativi all'interoperatività, alcuni dei quali rimodulati a richiesta, risultano presentati, ma non ancora approvati da parte di AGENAS, e, pertanto, le risorse destinate a tali progettualità non risultano ancora liberate.

Non ancora intervenute risultano la stesura e la successiva sottoscrizione del Protocollo fra AGENAS e Ministero, che sostituirà quello del 2006, per l'accesso da parte della prima ai dati del flusso Tessera Sanitaria, finalizzato alla piena operatività della PNLA (art. 1, co. 2, del d.l. n. 73/2024) per la pendenza di una questione sollevata dall'Autorità Garante, in merito al trattamento dei dati personali da parte della Piattaforma nazionale.

È ancora in fase di organizzazione l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, *"finalizzato a rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e*

[20] Tra i quali: 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.

controllo sull'assistenza sanitaria SiVeAS", alle dirette dipendenze del Ministro della salute, stante il processo di riorganizzazione, ancora in atto, della struttura ministeriale. Tuttavia, è stato emanato il DPCM 25 giugno 2025 (G.U. 191 del 19 agosto 2025), concernente "*Modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi riconosciuti all'organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria*".

Non risulta utilizzata, da parte di AGENAS, 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 predette agende con finalità di verifica del corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa (art. 1, co. 6, del d.l. n. 73/2024), a causa, riferisce l'Agenzia, della transitorietà che caratterizza la fase di avvio della piattaforma e della mancata operatività dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria.

Il nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2025-2027, quale allegato ad uno schema di decreto del Ministero della salute, è ancora al vaglio della Conferenza Stato-Regioni per la prescritta intesa. Sulla proposta ministeriale, a novembre 2025, la Commissione salute della Conferenza ha espresso un parere favorevole subordinato all'accoglimento di alcune condizioni. Con l'approvazione e l'adozione del PNGLA 2025-2027 decadrà la validità amministrativa del precedente Piano 2019-2021 e il sistema di regole in esso contenuto, ivi inclusa l'operatività dell'Osservatorio nazionale delle liste d'attesa.

Non risulta intervenuta la prevista intesa.

Ancora in itinere è lo sviluppo del Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione (MCS), in attuazione dell'art. 1, co. 4, da parte della 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*". La finalità del Modello è quella 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*". Il medesimo, che 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.

In attuazione dell'art. 2, co. 5, d.l. n. 73/2024, le regioni e le province autonome 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 RUAS "*… 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*".

Alla data del 13 febbraio 2026, risultano nominati tutti i RUAS. Di contro, non tutti gli enti hanno trasmesso al Ministero le Relazioni trimestrali previste.

Per quanto attiene all'armonizzazione delle funzioni dei CUP (art. 3 del d.l.) e, in particolare, (co. 5) l'attivazione di un sistema di disdetta delle prenotazioni, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, risulta predisposto il documento "*Linee di indirizzo omogenee a livello nazionale sistemi CUP*", che viene a costituire l'Allegato C del nuovo PNGLA 2025-2027. Il documento aggiorna ed integra inoltre le Linee guida CUP del 2010.

Il monitoraggio del Ministero sull'utilizzo delle risorse, di cui all'art. 1, co. 232 e 233 della legge n. 213/2023, finalizzate a garantire l'erogazione delle prestazioni richieste, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, è stato effettuato e, riferisce il Ministero, risulta costantemente aggiornato in base ai dati dei Tavoli di verifica.

Infine, non è stata data ancora attuazione al disposto dell'art. 5, co. 2, del d.l. n. 73/2024, che dispone il superamento del tetto di spesa già previsto per il personale del SSN, 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 SSR. Seppure AGENAS abbia fornito supporto tecnico, avviando una fase di sperimentazione, in relazione alla quale potrebbero essere delineati "*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*", allo stato attuale i suddetti Decreti interministeriali non risultano adottati.

Rimane a oggi irrisolta la problematica concernente la verifica da parte delle regioni e delle province autonome del rispetto degli impegni assunti dai Direttori generali, per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa e con conseguente monitoraggio in merito all'applicazione dell'art. 3, co. 12-14[21], del d.lgs. n. 124/1998, in ordine al dovere di vigilanza del direttore generale sul rispetto delle disposizioni in

[21] L'art. 3 in questione definisce le modalità di partecipazione al costo (ticket) delle prestazioni sanitarie e introduce (comma 13) la tutela per i lunghi tempi di attesa: se una prestazione supera i tempi massimi fissati, l'assistito può chiederla in libera professione intramuraria a carico dell'azienda sanitaria (pagando solo il ticket). In particolare, il comma 13 dispone:
- diritto alla prestazione intramuraria: se l'azienda sanitaria non è in grado di garantire una prestazione entro i tempi massimi stabiliti dal Direttore Generale, l'assistito può richiedere che la stessa venga erogata in regime di libera professione intramuraria (ALPI);
- costi a carico dell'ASL: in questo caso, l'assistito è tenuto a pagare esclusivamente l'importo del ticket (se dovuto). La differenza tra la tariffa della prestazione libero-professionale e il ticket è a carico dell'azienda sanitaria locale;
- assistiti esenti: se il cittadino gode di un'esenzione totale dal ticket, l'intera spesa della prestazione erogata in regime intramurario deve essere coperta dall'ASL.

materia di tempestiva erogazione delle prestazioni, 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 confronti dell'assistito.
Nel ricordare che, a richiesta della Sezione, la ricognizione del Ministero presso le regioni e provincie autonome aveva rilevato l'assenza di azioni disciplinari e di responsabilità contabile, si segnala che il monitoraggio è stato di recente ripetuto dall'Amministrazione, con la conclusione che non è possibile utilizzare il monitoraggio ALPI, attivato da AGENAS, in quanto effettuato sulla base di dati aggregati, dai quali non è possibile desumere informazioni sulla scelta effettuata dall'assistito di ricorrere all'ALPI, in situazioni di lunghi tempi di attesa.

3. Le attività di controllo programmate in materia sanitaria

Nel quadro delle attività previste dalla Sezione per il 2026 e nel contesto triennale 2026-2028 (delib. n. 42/2026/G), sono attualmente in programmazione:

- l'indagine riguardante *"L'erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei LEA (livelli essenziali di assistenza), acquistate da strutture sanitarie"*.
  In base alle disposizioni previste in materia fiscale e per esigenze indifferibili di cui al d.l. n. 124/2019 (che hanno rideterminato la disciplina in materia di contratti e accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, ai fini della razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria), il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati (vale a dire le strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera) era stato determinato in base al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del SSR, applicando una riduzione di detto importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto, tale da ridurre la spesa complessiva annua dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% per l'anno 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014.
  La disciplina limitativa di tale spesa è stata oggetto, nel tempo, di diversi interventi di deroga[22].
  L'art. 1, c. 233, l. n. 213/2023 ("legge di bilancio 2024"), ha aggiornato il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, innalzandolo rispetto al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di

[22] Interventi di deroga alla disciplina limitativa di spesa, per acquisti di prestazioni da strutture sanitarie private accreditate, per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera: 1) il d.l. n. 18/2020 (l. n. 27/2020, c.d. "Cura Italia", art. 3), ha permesso alle regioni e alle province autonome, a date condizioni, di acquistare prestazioni sanitarie – oltre il budget prefissato – per affrontare l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19; 2) il d.l. n. 73/2021 (l. n. 106/2021, c.d. d.l. "Sostegni-bis", art. 26, c. 2), al fine di consentire il recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica, ha permesso di integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, in deroga al tetto vigente in materia, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020; 3) la legge di bilancio 2022 (art. 1, c. 277, l. n. 234/2021), ha previsto, ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa, la possibilità, per le regioni e le province autonome, di coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga al tetto di spesa.

3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026.

Con la l. n. 207/2024 ("legge di bilancio 2025"), art. 1, cc. da 277 a 280, il limite complessivo è aumentato, dunque, a 3,5 punti percentuali nel 2025 e a 5 punti percentuali per gli anni dal 2026 in poi.

Le risorse sono, inoltre, destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate, dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancione.

L'innalzamento dei limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati è disposto, dunque, anche al fine di ridurre i tempi di attesa per accedere alle prestazioni di ricovero presso i pronto soccorso.

Con gli interventi in esame, a seguito dell'aggiornamento al rialzo del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, di cui all'art. 15, c. 14, d.l. n. 95/2012, si incrementa la spesa complessiva destinata alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali presso le strutture sanitarie inserite nella rete di emergenza-urgenza.

L'indagine si propone la verifica della corretta gestione delle risorse pubbliche, a garanzia dell'erogazione dei servizi sanitari, previsti dalla legge, a tutti i cittadini, e l'adeguatezza dei sistemi di monitoraggio di adempimenti, qualità ed efficienza delle prestazioni erogate;

- l'indagine, nella prospettiva triennale, avente ad oggetto "*Il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale alla luce degli investimenti previsti dal PNRR*".

  L'art. 1, c. 274, l. 30 dicembre 2021, n. 234 ("legge di bilancio 2022") ha previsto l'implementazione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR, al fine di potenziare il servizio di assistenza territoriale, autorizzando la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni per il 2023, 328,3 milioni riguardo al 2024, 591,5 milioni per il 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026, a valere sul finanziamento del SSN.

  La misura intende istituire un nuovo modello di assistenza territoriale e un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato ("One Health") e con una visione olistica ("Planetary Health"). Tale disposizione è, dunque, funzionale agli impegni della Missione 6 (Salute) nell'ambito del PNRR.

  La applicabilità della norma è di fatto subordinata all'emanazione di un regolamento, da adottare con decreto del Ministero della salute di concerto con il Mef.

  L'indagine si pone l'obiettivo di verificare, nella prospettiva della programmazione triennale, l'adeguatezza dell'azione amministrativa del ministero competente nell'ulteriore implementazione dei suddetti standard del servizio di assistenza sanitaria territoriale, una volta conclusi e raggiunti gli obiettivi di potenziamento dello stesso previsti dal PNRR.

Nell'ambito dei controlli sul PNRR programmati dalla Sezione con riferimento al periodo 2022–2026, l'attenzione è stata posta su alcuni interventi della M6-Salute, che

si propongono di migliorare il SSN, mediante la modernizzazione e la digitalizzazione delle strutture, il rafforzamento delle misure di prevenzione e dei servizi sul territorio, oltre a iniziative dirette a favorire l'equità di accesso alle cure.

Più in particolare, nel quinquennio di riferimento sono stati oggetto di controllo due investimenti della Componente 1 (M6C1I1.1 e M6C1I1.3), il cui obiettivo è di offrire una migliore risposta alle richieste di cure da parte della collettività, attraverso la realizzazione dei presidi di assistenza sanitaria territoriale quali "Case della Comunità" ed "Ospedali di Comunità".
L'investimento "*Case della Comunità e presa in carico della persona*" (delibb. nn. 47/2025/G e 30/2026/G) prevede la realizzazione, tramite contratti istituzionali di sviluppo con regioni e province autonome, e l'avvio di strutture di prossimità territoriale, dove la comunità può accedere all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.
Con riguardo allo stato di attuazione della misura, la Sezione ha rilevato che, alla fine del 2025, risultano avviati lavori per 1.327 strutture (in misura superiore rispetto all'obiettivo concordato con l'Ue), di cui n. 258 opere concluse e n. 120 collaudate.
L'intervento presenta un avanzamento significativo e coerente con il *Target* finale previsto dal PNRR, fermo restando il completamento e l'operatività delle "Case" entro i termini previsti per la chiusura del Piano.
La misura "*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)*" (delibb. nn. 48/2025/G e 31/2026/G) si propone di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale intermedia, attraverso l'attivazione degli Ospedali di Comunità.
Tali strutture, da realizzare anch'esse tramite contratti istituzionali di sviluppo con regioni e province autonome, sono destinate ai pazienti che, a seguito di un episodio di lieve acutezza o di recidiva di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, ciò al fine di ridurre i ricoveri ospedalieri "impropri" e migliorare l'appropriatezza delle cure.
La Sezione ha rilevato che, alla fine del 2025, risultano avviati lavori per n. 402 strutture (anche in questo caso in misura superiore rispetto all'obiettivo concordato con l'Ue), di cui n. 55 concluse e n. 30 collaudate. L'intervento presenta un significativo livello di avanzamento rispetto al conseguimento del *Target* finale previsto dal PNRR, ferma restando l'ultimazione e l'entrata in funzione degli Ospedali di Comunità.

Nel periodo 2022–2026, i controlli della Sezione hanno interessato anche la Componente 2, in particolare gli investimenti relativi alla sostituzione delle tecnologie obsolete negli ospedali (M6C2I1.1).
L'intervento "*Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero*" (delibb. nn. 28/2022/G, 19/2023/G, 38/2024/G, 36/2026/G) è diretto alla digitalizzazione e al potenziamento tecnologico del sistema ospedaliero, al fine di migliorare la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti e l'efficienza dei processi sanitari.
In particolare, le risorse del PNRR sono destinate a diverse linee di intervento: 1) potenziamento delle terapie intensive e semintensive; 2) ammodernamento dei pronto soccorso; 3) rinnovo delle grandi apparecchiature sanitarie; 4) digitalizzazione dei

dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) e rafforzamento dei mezzi di trasporto sanitario.
Con riferimento allo stato di attuazione della misura al 31 dicembre 2025, la Sezione ha rilevato il conseguimento del *Target* Ue, relativo alla digitalizzazione dei DEA (con n. 281 dipartimenti, che hanno migliorato il livello di "maturità digitale"), oltre che un avanzamento molto significativo nella sostituzione delle grandi apparecchiature sanitarie (con oltre il 96% delle installazioni completate). Tuttavia, alla predetta data, permangono ritardi riguardo al potenziamento dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva (con percentuali di avanzamento rispettivamente pari al 63% e 65% del relativo valore *Target*) e all'ammodernamento dei pronto soccorso (con n. 228 su n. 310 interventi conclusi).
Infine, è risultato avanzato il rafforzamento dei mezzi di trasporto sanitario, con oltre il 96% delle ambulanze già acquistate.

Per completezza espositiva, si rappresenta che le verifiche concernenti la Componente 2 hanno riguardato anche l'adeguamento edilizio degli ospedali (M6C2I1.2, per la quale sono previsti fondi anche del PNC) e il miglioramento dei sistemi informativi e degli strumenti digitali impiegati in ambito sanitario (M6C2I1.3).
L'investimento "*Verso un ospedale sicuro e sostenibile*" (delibb. nn. 56/2023/G, 58/2023/G, 46/2024/G, 47/2024/G e 23/2025/G) ha la finalità di aumentare la sicurezza ospedaliera, mediante lavori di adeguamento sismico e di rinnovamento e modernizzazione del patrimonio immobiliare della sanità pubblica.
La misura "*Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione*" (delibb. nn. 59/2023/G, 60/2023/G, 44/2024/G, 45/2024/G, 24/2025/G e 6/2026/G) mira a rafforzare l'erogazione dei servizi sanitari, l'analisi dei dati e la capacità predittiva del SSN, attraverso un maggior utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico ed il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e di analisi del Ministero della salute.

4. Conclusioni

A margine dell'elencazione delle misure intraprese, il Ministero della salute ha evidenziato 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 "obsolete/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*".

Non possono non condividersi le affermazioni dello stesso, che pongono in risalto come il fenomeno del monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa sia un "*fenomeno «epicomplesso», 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 (secondo l'elaborazione della Sezione su dati dell'Amministrazione, oltre 780 milioni, di cui circa 180 milioni soggette a prenotazione;
- 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, di migliaia di sportelli di prenotazione, di poliambulatori territoriali, presidi ospedalieri, punti prelievo, ecc.

Fattori di complessità del sistema che si aggiungono alla complessità "*genetica*" del sistema di prescrizione, prenotazione ed erogazione, sono rinvenibili nella forte difficoltà, di comparazione di dati aziendali e regionali, a volte 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.).

Il primo livello di governo e monitoraggio dell'erogazione dei LEA, fattore "*così sensibile*" per i cittadini, effettuato sulla base di indicatori sintetici e di relazioni documentali regionali, raccolte periodicamente dal Ministero, nell'ambito della verifica adempimenti, ha presentato le difficoltà già riscontrate.

Pertanto, ne è conseguito 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, secondo il Ministero, "*una forte attenzione delle regioni 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*".

Difatti, è di palese evidenza, senza scendere in dettagli tecnici, che sia sufficiente pensare alle diverse tipologie di prescrizioni, con codici di priorità, o programmabili con tempi di prenotazione assai diversificati, per le quali le analisi effettuate dal Ministero e rese alla Corte hanno sottolineato comportamenti prescrittivi diversi da regione a regione, con percentuali molto distanti: ad esempio, le prescrizioni definite programmabili toccano l'80% in alcune regioni e solo il 10% del totale delle prescrizioni, in altre.

È palese come, nel tentativo di creare un giusto bilanciamento tra domanda e offerta, la valutazione dell'effettiva capacità dei sistemi regionali di controllare il fenomeno non possa essere valutata solamente con l'osservazione dell'effettivo utilizzo delle risorse aggiuntive messe a disposizione per incrementare la produzione di prestazioni, ma sia fondamentale la valutazione della capacità di governare la domanda di prescrizioni, che vede un continuo incremento, superiore agli sforzi di potenziamento del sistema di offerta, connotata, peraltro, da una forte variabilità regionale.

La panoramica complessiva, peraltro non esaustiva, sia del quadro normativo che del reale livello di attuazione dello stesso, conduce a formulare qualche considerazione di ordine generale, con l'avvertenza, tuttavia, che gli esiti finali della nuova istruttoria su *"L'attuazione delle misure finalizzate alla riduzione delle liste di attesa"* troveranno il giusto confronto, in sede di contraddittorio finale, con l'amministrazione centrale, in adunanza pubblica.

L'attuazione del complesso normativo, delineato dal d.l. n. 73/2024, procede ancora con ritardi, sottolineando la contingente difficoltà che persiste nelle interconnessioni tra gli enti deputati alla gestione della materia, difficoltà che l'emergenza pandemica, comportando l'ampliamento delle liste di attesa, ha contribuito a evidenziare solo ulteriormente. In effetti, il biennio dell'emergenza pandemica ha evidenziato criticità strutturali, quali carenze dei servizi sanitari e sottodimensionamento delle risorse umane, particolarmente incise dalle misure di contenimento della spesa operate nel decennio precedente.

Tuttavia, il d.l n. 73/2024, emanato dopo un'iniziale legislazione emergenziale piuttosto frammentaria, presenta un quadro compatto di riordino e di potenziamento degli strumenti ritenuti necessari al contenimento delle liste di attesa, pur comportando la presenza di margini di miglioramento e perfezionamento degli istituti ivi previsti.

Emerge, con chiarezza, che la problematica più rilevante resta, anche a fronte delle interlocuzioni con le realtà territoriali avute dal Ministero, *"la difficoltà di monitorare i tempi di attesa a livello territoriale, questione che deriva dalla ripartizione delle competenze legislative e dalla necessità di dotarsi di piattaforme informative centralizzate e interoperabili con quelle regionali"* (Corte dei conti, Sez. centr. contr. gest. Amm.ni Stato - delib. n. 3/2026/G del 9 febbraio 2026). Ancora attuale quanto già segnalato da questa Sezione in merito al fatto che occorra *"prestare attenzione ai ritardi che permangono nell'attuazione della normativa vigente, che ha previsto l'istituzione di organismi e strumenti deputati al monitoraggio delle prestazioni, all'utilizzo delle risorse e all'applicazione delle sanzioni"* (Corte dei conti, Sez. centr. contr. gest. Amm.ni Stato - delib. n. 90/2024/G del 13 novembre 2024).

In questa sede, a tal proposito, è doveroso richiamare il disegno di legge AC 2365, già approvato in Senato e all'esame della Camera – che il Ministero ha dichiarato essere uno stralcio dell'unitario intervento in materia di liste di attesa, all'origine dello stesso d.l. n. 73/2024 –, nel quale sono apprezzabili diverse disposizioni miranti ad affrontare, tra l'altro, la complessità del fenomeno delle liste di attesa, in maniera consequenziale rispetto allo stesso decreto.

In primo luogo, emergono le disposizioni volte a disciplinare l'attività prescrittiva del medico, in relazione alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Sovvengono le disposizioni di cui all'articolo 1, laddove il controllo della domanda – inteso come la traduzione del bisogno di sanità dell'assistito in prestazione caricabile sul SSN – passa per il filtro dell'attività prescrittiva del medico, disegnato in maniera dettagliata, con l'obbligo di attribuzione, nel caso di prima visita, di *"un'appropriata*

classe di priorità" e l'indicazione, nel caso di primo accesso o visite successive, del quesito o sospetto diagnostico, anche con responsabilità diagnostica, ripartita fra più soggetti.

Tra l'altro, al comma 4, viene disposto che sia assegnata una tempistica specifica in relazione a 4 distinte classi di priorità (urgente, breve attesa, differita, programmabile), ai fini dell'erogazione della prestazione di specialistica ambulatoriale, con una conseguente elevazione normativa dei medesimi criteri adottati nell'ambito del PNGLA 2019-2021.

Ribaditi con precisione, ancora una volta, i ruoli dei soggetti chiamati a gestire la sanità: lo Stato, le cui funzioni di indirizzo e coordinamento vengono potenziate, le regioni e le province autonome, chiamate (art. 1, co. 5) ad attuare ogni utile iniziativa, ai fini delle erogazioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, da parte delle aziende sanitarie locali, con gli istituti individuati dalla stessa normativa[23], per garantire ai propri assistiti l'effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate; assicurare il rispetto dei tempi di attesa; monitorare e vigilare sui risultati raggiunti; prevedere, in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa, idonee misure da adottare nei confronti dei direttori generali delle aziende sanitarie anche in relazione ai compiti agli stessi assegnati in materia di piani strategici annuali.

In merito a tale ultima previsione, va ricordato come il Ministero della salute, dando seguito alle raccomandazioni di cui alla citata deliberazione n. 90/2024/G della Sezione di controllo, segnalava a quest'ultima di aver richiesto, per la prima volta, in carenza di strutturato flusso informativo, alle regioni e alle province autonome, notizie in merito all'applicazione della disciplina di cui all'art. 3, co. 12-14, del d.lgs. n. 124/1998, laddove prevede il dovere di vigilanza del direttore generale sul rispetto delle disposizioni in materia di tempestiva erogazione delle prestazioni agli assistiti, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità.

Dal monitoraggio, tuttavia, emergeva una situazione di quasi totale disapplicazione della norma e limitatissime fattispecie sanzionatorie, come pure la necessità di linee di indirizzo generali, da parte del Ministero, che garantissero una maggiore uniformità dell'organizzazione, demandata alla potestà legislativa delle regioni.

Il comma 7 introduce un processo di pianificazione che partendo dai Direttori sanitari regionali e mediante apposite direttive di indirizzo per la predisposizione, a livello aziendale, di Piani strategici annuali, coinvolge i Direttori generali delle aziende sanitarie locali e ospedaliere. Questi, in relazione alle linee di indirizzo, sviluppano detti piani strategici annuali, contenenti l'analisi della domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale, correlandola alla corrispondente offerta aziendale.

[23] Attraverso l'offerta delle aziende ospedaliere, l'attivazione della diagnostica di primo livello presso gli studi di medicina generale e mediante erogatori privati accreditati, previa stipula di accordi contrattuali ai sensi dell'art. 8-*quinquies* del d.lgs. n. 502 del 1992.

Si conferma, ancora una volta, che l'effettiva attuazione dei Piani, sottoposta alla verifica dei direttori regionali, costituirà criterio di valutazione dei Direttori aziendali. Sebbene valutabile positivamente quanto previsto dalla citata disposizione (co. 7), appare opportuno sottolineare che, affinché l'analisi e la previsione relativa alla domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale, proveniente dai propri assistiti, non rimanga alla base di una valutazione circoscritta alla singola realtà territoriale/regionale e il processo di pianificazione possa avere il giusto esito, la disposizione andrebbe rafforzata e coordinata con i poteri di indirizzo e coordinamento del Ministero, che allo stato attuale sembra non avere contezza dell'entità del fenomeno, posto che le singole realtà regionali non forniscono i necessari riscontri in termini di dati omogenei e confrontabili.

L'articolo 2 del DDL A.C. 2365, in continuità con le previsioni del d.l. n. 73/2024 prevede strumenti di potenziamento del monitoraggio e coordinamento a livello nazionale delle prestazioni sanitarie, individuando nel SINGLA, con funzioni riconducibili a quelle attualmente svolte dall'Osservatorio nazionale delle liste d'attesa, governato da apposita Cabina di regia presso il Ministero della salute. Il SINGLA è definito come l'insieme delle strutture e degli strumenti volti all'esercizio coordinato di una serie di funzioni, finalizzate ad assicurare, per quanto attiene all'erogazione dei LEA, il coordinamento a livello nazionale delle azioni che mirano al rispetto dei tempi e alla riduzione delle liste di attesa. Il Sistema nazionale verrà alimentato, nel quadro delineato dal combinato disposto del DDL e del citato d.l. n. 73/2024, dai dati provenienti dalla Piattaforma nazionale delle liste di attesa, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme regionali e provinciali, che, come evidenziato in precedenza, è in corso di attivazione.

Il SINGLA dovrebbe costituire lo strumento preordinato a:

1) governare la domanda delle prestazioni richieste[24];

2) analizzare il fabbisogno delle prestazioni attese nelle diverse regioni[25];

3) identificare e quantificare il sistema dell'offerta sanitaria necessario per garantire una risposta adeguata ai bisogni assistenziali dei cittadini, nonché per implementare il livello di integrazione delle reti di offerta[26];

4) monitorare, tramite AGENAS, il rispetto delle condizioni di offerta dei servizi sanitari e dei tempi di attesa[27];

[24] anche mediante la promozione del collegamento dei sistemi di prenotazione tramite fascicolo sanitario elettronico (FSE) e dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni, implementando il Sistema nazionale delle Linee guida, di cui al d.m. 27 febbraio 2018, e tenendo conto del programma nazionale di buone pratiche cliniche, sviluppato dall'Istituto superiore di sanità (ISS).
[25] mediante il "Modello nazionale di classificazione e stratificazione della popolazione" (MCS), sviluppato nell'ambito del sub-investimento 1.3.2 M6-Salute, C. 1, del PNRR, tuttora in fase di elaborazione.
[26] anche attraverso la piattaforma nazionale di telemedicina di cui alla Missione 6 del PNRR.
[27] nonché dell'equilibrio tra offerta istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI), sulla base dei dati presenti nella PNLA, di cui all'art. 1, co. 1, del d.l. n. 73/2024;

5) definire, nell'ambito del PNGLA, ai sensi dell'art. 1, co. 280, l. n. 266/2005, le linee di indirizzo rivolte alle regioni e alle province autonome, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria[28].

I successivi articoli individuano diversi ulteriori strumenti che perseguono il medesimo obiettivo di ridurre le liste di attesa e migliorare i LEA, quali il "Registro delle segnalazioni" dei disservizi da parte dei cittadini (art. 3), la possibilità di utilizzo degli specialisti ambulatoriali interni da parte delle aziende del SSN (art. 4), misure in materia di reclutamento, compensi e quiescenza del personale sanitario (artt. 5-7), misure finalizzate a ridurre accessi impropri al pronto soccorso, con implementazioni di soluzioni digitali a favore dei medici di medicina generale (art. 10), riorganizzazione della rete dei laboratori del SSN in maniera omogenea (art. 11).

Rilievo particolare riveste, in ultimo, l'articolo 12, che definisce i criteri per l'assegnazione di quote premiali accantonate a valere sul finanziamento del SSN 2024 a favore delle regioni che abbiano introdotto misure idonee a garantire l'equilibrio di bilancio, inserendo quale indicatore il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione ai cittadini delle prestazioni sanitarie rientranti nei LEA (co. 1). Funzionale, dunque, risulta il comma 2 del medesimo articolo, laddove prevede che le regioni e le province autonome assegnino specifici obiettivi annuali relativi alla riduzione delle liste di attesa (che peseranno per un minimo del 30%), nell'ambito dei sistemi di valutazione e di verifica dell'attività dei direttori generali ASL, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del SSN, ai fini del riconoscimento delle indennità di risultato, prevedendo che questi, a loro volta, assegnino i medesimi obiettivi ai direttori amministrativi e ai direttori sanitari, nonché ai direttori di struttura complessa.

****

In conclusione, si presume che le regioni potranno disporre, così come anche lo Stato, degli strumenti conoscitivi e operativi che potranno avviare il sistema verso l'assicurazione di una regolare gestione delle liste di attesa.

Tuttavia, è bene rimarcare che l'ampliamento degli strumenti atti ad aumentare l'offerta di prestazioni fornite dagli enti sanitari – intramoenia, strutture private accreditate, specialisti ambulatoriali interni e incentivi al personale – potrebbe determinare l'ampliamento del divario fra domanda e offerta, in assenza di tempestività di realizzo di misure di contenimento e razionalizzazione della prima, di attuazione delle politiche di appropriatezza prescrittiva e di individuazione di obiettivi e assunzione di responsabilità, con conseguente previsione di sanzioni, in caso di mancato realizzo delle misure previste, da spingersi, in ipotesi di carenze strutturali e criticità gestionali, anche fino alla sostituzione della regione da parte dello

[28] definendo standard nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale, rilevanti anche per la revisione e l'aggiornamento degli standard assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale […].

Stato, ove sia preordinata al rispetto dei LEA.

Il commissariamento, seppur deve rimanere un'ipotesi eccezionale nel sistema, tuttavia, non può essere limitato ai soli aspetti economici. Lo stesso va previsto e attivato per interessi unitari, quali, in particolare in questa sede, la tutela del diritto fondamentale alla salute e l'unità economica nazionale[29], con l'avvertenza che, in ipotesi di nomina, occorre una vigilanza serrata e costante del suo operato, preordinato al rispetto del giusto bilanciamento tra esigenze finanziarie e assicurazione dei LEA. L'istituto può funzionare solo in presenza di una reale e leale collaborazione tra Stato e regioni. Trattandosi di un istituto di chiusura del sistema – una *extrema ratio* – non dovrebbe essere limitato ai soli aspetti finanziari, ma nel rispetto dei principi costituzionali, esteso anche all'aspetto gestionale e, soprattutto, essere finalizzato alla rimozione delle criticità strutturali persistenti.

[29] Il potere sostitutivo ha assunto i connotati di strumento di chiusura del sistema rimesso alla legge. I presupposti del potere straordinario, di cui all'art. 120, 2° co., Cost. rimandano a "*emergenze istituzionali di particolare gravità*", in funzione della tutela di interessi essenziali non frazionabili, tra cui "*la tutela su tutto il territorio nazionale dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*". I principi desumibili dall'articolo sono:
- i poteri sostitutivi devono essere previsti dalla legge che ne definisce i presupposti sostanziali e procedimentali in ossequio al principio di legalità;
- devono essere attivati solo in caso di accertata inerzia dell'ente territoriale;
- devono riguardare solo atti o attività privi di discrezionalità nell'*an*, la cui obbligatorietà sia il riflesso dell'interesse unitario sotteso;
- devono rispettare il principio di leale collaborazione all'interno di un procedimento che coinvolge l'ente;
- devono essere affidati a organi di governo;
- devono conformarsi al principio di sussidiarietà (sent. Corte cost. n. 171/2015).