# Osservazioni di ANAC nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle Regioni

## XII Commissione permanente Affari Sociali della Camera dei Deputati – 21 luglio 2026

Indice


1. Premessa 2
2. Il necessario rafforzamento della trasparenza nel settore sanitario 4
3. La trasparenza dei tempi e delle liste d'attesa 8
   - 3.1. Considerazioni di ordine generale 8
   - 3.2. Rischi connessi alla scarsa trasparenza delle liste d'attesa 9
     - 3.2.1. Il rischio di induzione al ricorso a prestazioni *intra moenia* 10
     - 3.2.2. I rischi legati al fenomeno del *drop out* 12
   - 3.3. La positiva evoluzione della normativa di riferimento 13
     - 3.3.1. La Piattaforma nazionale delle liste d'attesa: il recepimento delle indicazioni di ANAC 15
   - 3.4. I nuovi modelli e schemi di ANAC per la pubblicazione dei dati nel settore sanitario (Allegato 5 alla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025) 17
     - 3.4.1. Schema di pubblicazione "*Spese e pagamenti effettuati*" 19
     - 3.4.2. Schema di pubblicazione "*Liste di attesa*" 20
     - 3.4.3. Schema di pubblicazione "*Bilanci*" 23
     - 3.4.4. Schema di pubblicazione "*Aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta*" 23
   - 3.5. La necessaria integrazione con la Piattaforma Unica della Trasparenza 24
4. Accreditamento e convenzionamento per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale 28
   - 4.1. Considerazioni di ordine generale 28
   - 4.2. Rischi connessi alla scarsa trasparenza del sistema di accreditamento e convenzionamento 29
     - 4.2.1. Rischi connessi alle fasi di autorizzazione e di accreditamento istituzionale 30
     - 4.2.2. Rischi connessi alle fasi di negoziazione, stipula ed esecuzione dei contratti 32
   - 4.3. Schema di pubblicazione ANAC "*Strutture sanitarie private accreditate*" 34
   - 4.4. Le osservazioni di ANAC sulla revisione della disciplina concernente l'accreditamento istituzionale 36
5. Alcuni profili relativi all'affidamento dei contratti pubblici nel settore sanitario 38
   - 5.1. Rischio accentuato di conflitti di interessi nella selezione dei fornitori 39
   - 5.2. Onerosi servizi di manutenzione a fronte di forniture "scontate" 42
   - 5.3. Quando la tecnologia modella i LEA: le piattaforme di telemedicina e sanità digitale 43
   - 5.4. Il necessario investimento nella qualificazione delle centrali di committenza regionali 45
6. I servizi di fornitura di personale medico e infermieristico tramite operatori esterni (il fenomeno dei c.d. "*gettonisti*") 47
7. Conclusioni 48

## 1) Premessa

Si desidera esprimere, innanzitutto, un sentito ringraziamento al Presidente e ai Componenti della Commissione XII della Camera dei Deputati per avere deciso di audire ANAC rispetto ad un tema tanto rilevante e delicato – l'erogazione delle prestazioni sanitarie nelle Regioni e l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) – che incide direttamente sulla tutela della salute, diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, come sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione.

In questa prospettiva, l'oggetto dell'indagine conoscitiva tocca il cuore stesso dell'organizzazione sanitaria e la possibilità concreta di assicurare un servizio sanitario capace di rispondere, in modo uniforme sul territorio nazionale, ai bisogni essenziali delle persone: un tema che non riguarda soltanto la qualità delle prestazioni, ma la tenuta complessiva del sistema pubblico, la sua capacità di garantire equità, continuità e universalità nell'accesso alle cure.

A tale riguardo, appare doveroso ribadire che il diritto alla salute è un **diritto fondamentale** in senso pieno, non solo perché strettamente complementare alla vita stessa, ma anche perché rappresenta il presupposto necessario per il godimento effettivo di tutti gli altri diritti civili, politici e sociali. È un diritto che siamo chiamati a ricordare nella sua centralità non soltanto nei momenti straordinari, quando emergono episodi di eroismo professionale o risultati di eccellenza scientifica, ma anche nella **quotidianità del funzionamento del sistema sanitario** e nella qualità ordinaria dei servizi.

Nonostante la recente riforma normativa[1] e la conseguente revisione della nomenclatura dei LEA, le analisi condotte dalla Fondazione Gimbe, dal CNEL e dalla Corte dei Conti, opportunamente citate nel documento programmatico prodotto da codesta Commissione, restituiscono un quadro della Sanità italiana non ancora pienamente soddisfacente: un Servizio sanitario nazionale che, pur fondato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità, mostra ancora profonde disomogeneità territoriali nella qualità, tempestività e accessibilità delle cure; un sistema che la pandemia ha messo a dura prova, rivelandone fragilità strutturali e differenze regionali che impattano sulla vita concreta dei cittadini; un

[1] Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*".

contesto in cui la capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza, la gestione delle liste d'attesa, la dotazione infrastrutturale e la stessa tenuta finanziaria dei servizi sanitari regionali rappresentano variabili decisive per la credibilità dello Stato e per la coesione del Paese.

In particolare, un recente **Rapporto della Fondazione Gimbe**, presentato in un evento congiunto con ANAC il 19 maggio scorso, offre un contributo di considerevole rilievo, delineando una rigorosa tassonomia degli abusi nel settore sanitario. La classificazione, articolata in nove ambiti – dalla *governance* del sistema alla regolamentazione, dalla ricerca clinica al *marketing* di farmaci e dispositivi, dagli acquisti alla distribuzione dei prodotti sanitari, fino alla gestione delle risorse finanziarie e umane e all'erogazione dei servizi – individua 65 tipologie di criticità lungo l'intera filiera.

In tale contesto, l'importanza dell'indagine conoscitiva che la Commissione ha avviato risiede soprattutto nell'intendimento di interrogare il sistema nel suo complesso: non solo la qualità e l'uniformità delle prestazioni erogate, ma anche le **condizioni strutturali, organizzative e procedurali** che ne determinano l'effettiva fruibilità. La sanità pubblica è un ecosistema complesso, nel quale trasparenza, correttezza amministrativa e integrità dei processi non rappresentano elementi accessori, bensì presupposti indispensabili per garantire equità, efficienza e fiducia. È in questo spazio – dove si intrecciano diritti costituzionali, responsabilità pubbliche e aspettative dei cittadini – che l'Autorità che ho l'onore di presiedere è chiamata ad offrire il proprio contributo.

Pertanto, pur muovendosi in un ambito che solo in parte incrocia le competenze dirette di ANAC – la quale non interviene sui profili organizzativi, clinici o programmatori del Servizio sanitario nazionale – si ritiene doveroso offrire alla Commissione alcune riflessioni sui temi della trasparenza, della prevenzione della cattiva gestione e della tutela dell'integrità amministrativa. Si tratta di dimensioni che costituiscono il fondamento imprescindibile per garantire l'effettiva attuazione dei livelli essenziali di assistenza e, dunque, per trasformare i diritti riconosciuti dall'ordinamento in prestazioni concretamente e uniformemente esigibili in ogni territorio del Paese.

Alla luce dell'esperienza maturata dall'Autorità, si desidera quindi sottoporre all'attenzione della Commissione alcune considerazioni relative a quattro ambiti che, rientrando nella sfera

di competenza di ANAC e avendo formato oggetto di numerosi interventi regolatori e interpretativi, appaiono incidere in modo diretto o indiretto sul pieno adempimento dei LEA:

1. la trasparenza dei tempi e delle liste di attesa;
2. i criteri di accesso ed eleggibilità per il rilascio e il rinnovo dell'accreditamento e del convenzionamento degli erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale;
3. le modalità di affidamento dei contratti pubblici relativi a forniture e servizi strumentali alla regolare erogazione delle prestazioni sanitarie;
4. i servizi di fornitura di personale medico e infermieristico tramite operatori esterni (il fenomeno dei c.d. "gettonisti").

Si tratta di profili diversi ma strettamente interconnessi, che concorrono a definire la qualità istituzionale del sistema sanitario e la sua capacità di rispondere, con equità ed efficienza, ai bisogni dei cittadini.

Prima di affrontare nel dettaglio tali profili, appare tuttavia necessario richiamare l'attenzione del legislatore sull'urgenza di un **rafforzamento complessivo del presidio della trasparenza** nel settore sanitario. La complessità dei processi decisionali, la rilevanza delle risorse impiegate e la delicatezza dei diritti coinvolti impongono un sistema capace di rendere pienamente visibili le scelte, tracciabili i procedimenti e verificabili gli esiti. Solo un ecosistema amministrativo fondato sulla trasparenza può infatti garantire equità, responsabilità e fiducia, condizioni essenziali per la credibilità dell'intero Servizio sanitario nazionale.

## 2) Il necessario rafforzamento della trasparenza nel settore sanitario

La tutela della salute rappresenta, nel sistema costituzionale italiano, come si è anticipato in premessa, un diritto fondamentale dell'individuo e un interesse della collettività, in quanto complementare alla vita stessa e presupposto necessario per il pieno godimento di tutti gli altri diritti riconosciuti e garantiti. È anche per questo che ogni anno il Sistema sanitario assorbe risorse economiche ingenti (**circa il 25% della spesa complessiva dei contratti pubblici**), ancorché insufficienti rispetto alla complessità dei bisogni che è chiamato a soddisfare.

La combinazione tra l'ingente volume dei flussi finanziari, la capillarità delle strutture coinvolte, la delicatezza delle funzioni esercitate e la marcata **asimmetria informativa** che caratterizza il settore sanitario – sia nel rapporto medico-paziente, sia tra professionisti clinici e uffici acquisti – rende questo ambito particolarmente esposto a un insieme eterogeneo di vulnerabilità: fenomeni corruttivi, tentativi di infiltrazione criminale, cattiva gestione, opacità amministrativa e conflitti di interessi. Si tratta di rischi diversi ma strettamente collegati, che incidono quotidianamente sulla qualità dei servizi erogati, generando inefficienze, sprechi, ritardi e diseguaglianze nell'accesso alle cure, e rendendo al contempo più difficile individuare tempestivamente anomalie e deviazioni dai principi di buon andamento.

Proprio per questo, nel comparto sanitario più che altrove, occorre assicurare trasparenza, correttezza dei processi decisionali e solidità delle procedure amministrative: l'opacità e la disorganizzazione costituiscono, infatti, il terreno nel quale più facilmente attecchiscono comportamenti impropri, conflitti di interessi non rilevati, scelte discrezionali non motivate, distorsioni nell'allocazione delle risorse.

In tale prospettiva, merita particolare attenzione anche il tema delle **modalità di nomina dei vertici delle strutture sanitarie**, che attualmente avviene attraverso procedure connotate da un marcato elemento fiduciario, legato alla designazione del vertice politico. Si tratta di un modello che presenta profili di criticità, poiché da tali nomine discendono, a cascata, le scelte relative ai primari e allo staff clinico, per i quali dovrebbe, invece, prevalere il criterio della competenza, dell'esperienza e della professionalità. Quando la selezione dei vertici è guidata prevalentemente da logiche fiduciarie, il rischio è che la qualità delle strutture sanitarie venga indebolita. Per questo motivo, anche qualora si optasse per mantenere meccanismi di nomina di natura fiduciaria, sarebbe comunque imprescindibile rafforzare in modo significativo i requisiti di professionalità ed esperienza richiesti per accedere ai diversi incarichi, assicurando al contempo la massima trasparenza delle procedure di selezione. Solo così è possibile garantire che la guida delle strutture sanitarie sia affidata a figure realmente competenti, capaci di orientare l'organizzazione verso obiettivi di qualità, efficienza e piena tutela dell'interesse pubblico.

In un settore tanto cruciale per l'integrità e il benessere della persona, ogni forma di inefficienza, spreco o cattiva amministrazione assume un carattere particolarmente doloroso e intollerabile, perché si traduce in minori servizi, minore qualità delle prestazioni, minore equità. Qui la corruzione – intesa non solo in senso penalistico, ma soprattutto come ***maladministration* –** fa male più che altrove, in quanto lede diritti fondamentali, mina la coesione sociale e amplifica le disuguaglianze, colpendo soprattutto i più deboli, che non possono trovare protezione nel privato.

Già nel 2020, prima dell'emergenza pandemica, il rapporto di ANAC *La corruzione in Italia 2016-2019* indicava la sanità come uno dei settori più esposti al rischio di corruzione, con una percentuale di casi pari al 13% del campione totale di 152 episodi considerati. L'esperienza del Covid-19 – con i numerosi scandali legati alle forniture di dispositivi di protezione individuale – ha ulteriormente accresciuto la consapevolezza della società civile riguardo all'esigenza di garantire legalità, trasparenza e buona amministrazione nel comparto sanitario.

Un contributo prezioso all'emersione delle criticità proviene spesso dai *whistleblower*, i cittadini che segnalano presunte condotte illecite di cui siano venuti a conoscenza sul luogo di lavoro. Secondo i dati di ANAC, circa l'8% delle **segnalazioni di *whistleblowing*** riguarda proprio il settore sanitario, con tipologie di irregolarità ricorrenti: malagestione di reparti o strutture, anomalie negli appalti, irregolarità nelle liste d'attesa o nelle ospedalizzazioni, clientele nella distribuzione di incarichi, processi di accreditamento sospetti, concorsi pilotati. Dietro tali fenomeni si celano spesso conflitti di interessi non gestiti, situazioni di incompatibilità o inconferibilità, livelli di trasparenza inadeguati: tutti elementi che, anche in assenza di veri e propri reati, compromettono la qualità e l'equità dei servizi offerti ai cittadini.

Contrastare questi fenomeni non significa criminalizzare un settore che ogni giorno si regge sul lavoro di professionisti ai quali dobbiamo profonda gratitudine, ma porre attenzione ai problemi e promuovere una **presa di coscienza collettiva**. Accanto alla repressione – affidata alle procure e alle forze dell'ordine – è indispensabile investire nella **prevenzione**, attraverso regole chiare, prassi corrette e strumenti capaci di ridurre i rischi.

Dunque, posto che la cattiva gestione – favorendo, tra l'altro, la corruzione e le infiltrazioni criminali – può minare le basi di principio e il funzionamento del SSN, indebolendo così l'esercizio del diritto alla salute da parte dei cittadini, nella Sanità occorre **potenziare e**

**ampliare al massimo la trasparenza**, incentivando la **digitalizzazione dei processi** e prevedendo anche, ove opportuno e necessario, la **pubblicazione di dati e informazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto degli obblighi di legge**, in modo da consentire alle figure preposte, e ai cittadini in generale, la piena conoscenza dell'operato della pubblica amministrazione; obiettivo irrinunciabile in un comparto tanto sensibile sia nella prospettiva della lotta al crimine e della prevenzione della corruzione, sia in quella della tutela dei diritti delle persone.

Nel contesto sanitario, la trasparenza costituisce, quindi, un presupposto essenziale non solo per evitare fenomeni di malagestione, ma anche per **rendere il cittadino più consapevole al momento della scelta delle modalità e delle condizioni di accesso alle prestazioni** e, quindi, per l'attuazione concreta di quei fondamentali principi di uguaglianza e universalità nei quali trova ragion d'essere lo stesso servizio sanitario pubblico. La trasparenza rappresenta, inoltre, la risposta più efficace nel **coniugare prevenzione della corruzione ed efficienza amministrativa**: consente di evitare sprechi, ridurre asimmetrie informative, prevenire fenomeni distorsivi e, al tempo stesso, migliorare la qualità dei servizi erogati.

Sono queste le ragioni che hanno spinto ANAC, nel corso degli anni, a richiamare l'attenzione sulla necessità di rafforzare, proprio in questo ambito, gli strumenti di prevenzione e di vigilanza, attraverso regole che assicurino trasparenza e controllabilità dei comportamenti, evitino conflitti di interessi, garantiscano la correttezza nella gestione degli investimenti e promuovano comportamenti ispirati all'integrità e alla tutela dell'interesse generale.

In tale ottica, l'Autorità dedica da tempo particolare attenzione al settore sanitario, da un lato, analizzandone i **rischi specifici** e indicando **misure di prevenzione mirate,** spesso precedute da un'ampia **consultazione pubblica** volta a raccogliere contributi e a costruire soluzioni condivise; dall'altro, promuovendo un **approccio olistico**, fondato su dati e standardizzazione.

Già l'Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) del 2015 e il PNA del 2016 contenevano approfondimenti significativi sul tema, mentre risalgono al 2017 le *Linee guida ANAC per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*

*(SSN)*, che hanno contribuito a definire un quadro di riferimento più chiaro e stringente per la gestione dei comportamenti e dei processi interni.

Oggi, la sfida del **PIAO** richiede un ulteriore salto di qualità, cui ANAC ha contribuito fornendo elementi tecnici in attesa dei decreti attuativi del Dipartimento della Funzione Pubblica.

In questa prospettiva si colloca un'iniziativa recente e particolarmente rilevante: il 3 giugno scorso, l'Autorità ha posto in consultazione pubblica il ***Catalogo dei rischi corruttivi e delle misure di prevenzione nel settore sanitario***. Si tratta di uno strumento innovativo, concepito per offrire alle aziende e agli enti del SSN un quadro organico e aggiornato dei principali rischi che caratterizzano il comparto, nonché delle misure più efficaci per mitigarli. Il Catalogo è pensato per supportare concretamente le amministrazioni nella predisposizione della Sottosezione *Rischi corruttivi e trasparenza* del proprio PIAO, favorendo un'impostazione omogenea, basata su evidenze e orientata ai risultati. La consultazione permette di approfondire, in modo sistematico e integrato, tutti gli ambiti di attività maggiormente esposti: dalla regolamentazione del sistema sanitario alla ricerca biomedica, dal *marketing* e promozione di farmaci, dispositivi e tecnologie sanitarie agli appalti, dalla distribuzione e dallo stoccaggio dei prodotti alla gestione delle risorse finanziarie e umane fino all'erogazione dei servizi sanitari. Ogni area viene analizzata nella sua specificità, evidenziando le vulnerabilità ricorrenti e proponendo misure di prevenzione calibrate, in un'ottica di accompagnamento e di rafforzamento della capacità amministrativa.

## 3) La trasparenza dei tempi e delle liste d'attesa

### 3.1) Considerazioni di ordine generale

Al fine di assicurare omogeneità territoriale nell'adempimento dei livelli essenziali di assistenza, è fondamentale, in primo luogo, una efficiente gestione delle liste d'attesa, sulle quali, conseguentemente, deve essere garantita la massima trasparenza.

Le liste d'attesa costituiscono uno dei punti più sensibili del rapporto tra cittadini e Sistema sanitario. Esse sono, al tempo stesso, un indicatore di efficienza organizzativa e un banco

di prova dell'equità di accesso, oltre che un terreno potenzialmente esposto a rischi di opacità e distorsioni.

Risulta pertanto essenziale che ai cittadini sia consentito di conoscere in modo chiaro i tempi medi di attesa per ciascuna prestazione, la posizione individuale in lista, le priorità cliniche e i criteri che le determinano, le disponibilità effettive delle strutture pubbliche e accreditate, le eventuali possibilità di ricollocazione su altre agende o altre sedi.

Una gestione opaca delle liste d'attesa genera sfiducia, alimenta fenomeni elusivi, espone a rischi di favoritismi e crea diseguaglianze territoriali. Una gestione trasparente, invece, rafforza la credibilità del sistema, responsabilizza le strutture, consente un monitoraggio continuo e permette interventi correttivi tempestivi.

In considerazione di ciò, ANAC ha sempre sollecitato, fin dalla sua istituzione, l'adozione di specifiche misure volte a garantire la trasparenza delle liste d'attesa relative alle prestazioni sanitarie, indicando come prioritarie, in particolare, le seguenti:

- promuovere **piattaforme digitali uniche regionali**, interoperabili e costantemente aggiornate;
- garantire **standard minimi nazionali di pubblicazione dei dati**, omogenei e confrontabili;
- assicurare **tracciabilità completa** dei processi di prenotazione, modifica e ricollocazione;
- rafforzare i sistemi di ***audit* interno ed esterno**;
- valorizzare la **partecipazione civica**, attraverso strumenti di consultazione e segnalazione.

## 3.2) Rischi connessi alla scarsa trasparenza delle liste d'attesa

L'esperienza maturata da ANAC nell'attività di vigilanza sul corretto adempimento degli obblighi di trasparenza nel settore sanitario mostra con chiarezza come l'opacità nella gestione delle liste d'attesa non rappresenti una mera disfunzione amministrativa, ma un fattore di rischio capace di incidere profondamente sull'equità del servizio pubblico e sulla fiducia dei cittadini nelle istituzioni. Quando la trasparenza arretra, si crea infatti un terreno fertile per dinamiche distorsive che possono orientare, anche in modo indiretto o implicito, le scelte dell'utenza. Tra queste, la più rilevante riguarda il rischio che i cittadini siano indotti

a preferire il ricorso alle prestazioni in regime *intra moenia* rispetto a quelle erogate in regime istituzionale.

Si tratta di un rischio che, come l'Autorità ha potuto constatare in più occasioni, può manifestarsi in due forme distinte – che costituiranno l'oggetto dei due seguenti *sub*-paragrafi – entrambe idonee a compromettere il principio di parità di accesso alle cure e a generare un indebito vantaggio competitivo per l'attività libero-professionale intramuraria.

Tale rischio risulta oggi in parte attenuato grazie ai recenti interventi normativi, che – come si dirà a breve – hanno indubbiamente introdotto maggiori presìdi di trasparenza e rafforzato gli obblighi informativi a carico delle aziende sanitarie; nondimeno, persistono gravi disomogeneità territoriali e applicative, che continuano a esporre il sistema a vulnerabilità significative.

### 3.2.1) Il rischio di induzione al ricorso a prestazioni *intra moenia*

Particolare attenzione deve essere riservata, innanzi tutto, al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, che può manifestarsi quando l'utente viene indotto a ricorrere a prestazioni in regime di attività libero-professionale *intra moenia* (ALPI) a causa di informazioni incomplete, non aggiornate o non corrette riguardo alle modalità e ai tempi di accesso alle medesime prestazioni in regime istituzionale.

Per prevenire tali distorsioni – che minano l'equità del sistema e generano un differenziale ingiustificato tra chi può permettersi una prestazione a pagamento e chi è costretto ad attendere – è essenziale adottare misure che, oltre a costituire già condizioni imprescindibili di buona amministrazione e di efficienza organizzativa, si rivelano decisive per una gestione trasparente delle liste di prenotazione e per un governo effettivo dei tempi di attesa.

In tale ottica, fin dal PNA 2016 ANAC raccomanda le seguenti azioni:

- informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito *web* aziendale di immediata visibilità, delle **agende di prenotazione** delle aziende sanitarie;
- **separazione dei percorsi interni di accesso** alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero-professionale *intra moenia* (ALPI);
- **unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP) su base regionale o almeno provinciale**, facilmente accessibile (es. *call center*, sportelli aziendali, rete delle

farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene alla prima visita e ai *follow up* successivi;

- utilizzo delle **classi di priorità clinica** per l'accesso alle liste di attesa.

In merito all'utilizzo di classi di priorità clinica, già disciplinato con decreti ministeriali e da specifici accordi Stato-Regioni, la stessa ANAC ha tuttavia evidenziato la necessità di un attento monitoraggio, onde evitare il rischio di classificazioni errate e/o opportunistiche. In tal senso sono state implementate esperienze che prevedono il coinvolgimento dei professionisti per aree cliniche, come per esempio il modello dei **Raggruppamenti di Attesa Omogenei (R.A.O.)**, un sistema di codici di priorità caratterizzato dal coinvolgimento di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ospedalieri. Su tale base è stato anche sviluppato un *Manuale RAO*, redatto da AGENAS e attualmente considerato uno strumento cruciale per il corretto governo delle liste d'attesa[2]. L'aggiornamento del Manuale RAO è un processo continuo e partecipativo che coinvolge rappresentanti di 85 società medico-scientifiche, tutte le Regioni e Province Autonome, nonché rappresentanti dei cittadini/pazienti. Questo ampio coinvolgimento garantisce che i criteri definiti siano basati sull'evidenza scientifica più aggiornata e tengano conto delle diverse prospettive.

Come si illustrerà più avanti, una parte delle indicazioni formulate dall'Autorità nel corso degli anni ha trovato accoglimento nei più recenti interventi legislativi, contribuendo alla definizione di un quadro regolatorio più attento alla trasparenza e alla tracciabilità dei percorsi di accesso alle prestazioni. Tali interventi hanno anche costituito il presupposto per l'implementazione di strumenti di governo e monitoraggio di particolare rilievo, tra i quali merita una menzione specifica la Piattaforma nazionale delle liste d'attesa, che sarà oggetto di approfondimento in un paragrafo dedicato del presente documento.

[2] Il Manuale RAO si articola in tabelle relative a diverse prestazioni specialistiche ambulatoriali. Per ogni prestazione, vengono definite diverse classi di priorità, ognuna con un tempo massimo di attesa raccomandato e specifiche indicazioni cliniche che giustificano l'attribuzione a quella classe. Le principali classi di priorità sono:

- U (Urgente): Prestazioni da erogare di norma entro 72 ore. Questa classe è riservata a condizioni cliniche che richiedono un intervento rapido;
- B (Breve): Prestazioni da erogare di norma entro 10 giorni. Questa classe è indicata per condizioni cliniche che, pur non essendo urgenti, necessitano di un intervento in tempi brevi;
- D (Differibile): Prestazioni da erogare di norma entro 60 giorni. Questa classe comprende condizioni cliniche stabili che possono attendere un periodo più lungo senza compromettere significativamente la salute del paziente;
- P (Programmata): Prestazioni da erogare di norma entro 120 giorni. Questa classe è destinata a controlli o prestazioni per patologie croniche stabili che non richiedono un intervento immediato.

Pur riconoscendo l'importanza di questi progressi – che segnano un'evoluzione significativa nella capacità del sistema di rendere visibili, comparabili e verificabili i dati relativi ai tempi di attesa – si è tuttavia dell'avviso che sussistano ancora margini di miglioramento nella normativa di settore. In particolare, la disciplina non risulta ancora pienamente allineata alle esigenze di un controllo effettivo e uniforme sul territorio nazionale, né adeguatamente strutturata per prevenire in modo sistemico le distorsioni che possono derivare da una gestione non trasparente dei percorsi di prenotazione e presa in carico.

### 3.2.2) I rischi legati al fenomeno del *drop out*

Un ulteriore rischio appare legato al fenomeno del c.d. *drop out*, ovvero al caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono poi eseguite a causa dell'assenza del soggetto che ha prenotato. In tali ipotesi, la mancata sostituzione dei pazienti che rinunciano a prestazioni prenotate in regime istituzionale può dare luogo ad opportunistici allungamenti dei tempi di attesa, al fine di indurre l'utenza a scegliere, ancora una volta, il trattamento *intra moenia*.

Al fine di evitare simili opportunistici allungamenti dei tempi di attesa, si raccomanda l'utilizzo di specifici strumenti gestionali idonei alla tempestiva verifica delle effettive prenotazioni, quali, ad esempio, *recall*, SMS, *reminder*, pre-appuntamento, in modo da accertare la reale consistenza delle liste di attesa.

A tale scopo, può essere anche efficace prevedere a livello regionale e/o aziendale **l'obbligo di disdetta delle prenotazioni** di prestazioni specialistiche ambulatoriali, disciplinando i casi in cui sia possibile giustificare la mancata disdetta per impedimenti oggettivi e documentati.

Tali misure, oltre a migliorare l'efficienza del sistema, contribuiscono anche a **responsabilizzare gli utenti**, rendendoli parte attiva del corretto funzionamento del servizio: ricordare la prenotazione, confermarla o disdirla tempestivamente significa collaborare alla riduzione dei tempi di attesa, evitare sprechi organizzativi e contribuire alla piena fruibilità delle prestazioni da parte di altri cittadini.

Più in generale, altre misure – anch'esse, in più occasioni, suggerite da ANAC – potrebbero riguardare la previsione, all'interno dei siti *web* aziendali, di una **sezione dedicata ai**

**reclami** da parte dei pazienti con modalità facilmente accessibili, nonché un **sistema di *reporting* e di monitoraggio** degli stessi da parte del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT).

### 3.3) La positiva evoluzione della normativa di riferimento

Come anticipato, negli ultimi anni si è assistito ad una significativa evoluzione del quadro normativo, in conseguenza di una rinnovata attenzione del legislatore verso l'esigenza di garantire maggiore trasparenza e tracciabilità nella gestione delle liste d'attesa. Tale evoluzione non è avvenuta in modo casuale: essa rappresenta, piuttosto, la risposta a un percorso di riflessione e di confronto istituzionale nel quale hanno trovato spazio anche molte delle indicazioni formulate dall'Autorità, più volte richiamate nel presente documento.

Gli interventi normativi recentemente adottati hanno contribuito a rafforzare i presìdi di pubblicità, a rendere più chiari gli obblighi informativi gravanti sulle aziende sanitarie e a introdurre strumenti innovativi di governo dei tempi di attesa, segnando un avanzamento non solo tecnico, ma anche culturale, nella direzione di un sistema sanitario più aperto, verificabile e responsabile.

Un'importante modifica è stata introdotta dal d.lgs. n. 97/2016[3], art. 33, che, intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza relative alle liste di attesa contenute all'art. 41, co. 6, del d.lgs. 33/2013[4], ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle liste stesse.

Successivamente, l'art. 1 del decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2024[5] ha previsto l'istituzione, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS), della ***Piattaforma nazionale delle liste di attesa***, finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme delle liste di attesa di ciascuna Regione e Provincia autonoma, in coerenza con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza» previsto dal PNRR.

---

[3] Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*".
[4] Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*".
[5] Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*".

Il citato decreto-legge prevede anche, all'art. 2, l'istituzione, presso il Ministero della salute, dell'**Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria**, con il compito di verificare il corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa, anche sulla base di segnalazioni da parte dei cittadini.

Lo stesso decreto stabilisce, fra l'altro, all'art. 3, co. 4-*bis*, a carico degli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali, l'obbligo della piena trasparenza delle agende in ordine alle prenotazioni effettuate e ai relativi posti a disposizione per le singole prestazioni sanitarie.

Tra le più significative novità del quadro normativo, deve anche annoverarsi il **Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa**: un impegno comune del Governo e delle Regioni e Province Autonome, che convengono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni. Il Piano mira, infatti, ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino, per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.

Come è noto, è attualmente in corso l'iter di adozione del Piano nazionale di gestione delle liste d'attesa 2025-2027, che va ad aggiornare il precedente Piano 2019-2021, introducendo significative novità, tra le quali la creazione di un sistema di monitoraggio continuamente aggiornato, la possibilità per i cittadini di consultare informazioni aggiornate (accessibili tramite siti *web* delle Regioni e delle Aziende Sanitarie) su tempi medi di attesa per visite specialistiche e interventi, diritti e doveri in caso di sforamento dei tempi previsti. Al riguardo, le Regioni hanno espresso un parere favorevole subordinato all'accoglimento di cinque richieste: maggiore coinvolgimento istituzionale, risorse economiche certe, misure più incisive sull'appropriatezza, allineamento temporale dei piani regionali e avvio immediato dei tavoli tecnici su chirurgia ambulatoriale e flussi di ricovero.

### 3.3.1) La Piattaforma nazionale delle liste d'attesa: il recepimento delle indicazioni di ANAC

Sulla base delle previsioni di cui al richiamato decreto-legge n. 73/2024, presso AGENAS è stata istituita la ***Piattaforma nazionale delle liste d'attesa*** (PNLA)[6], concepita al fine di monitorare a livello nazionale i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alle classi di priorità, realizzando l'interoperabilità con le piattaforme delle liste di attesa relative a ciascuna Regione. Si tratta di uno strumento di governo coerente con l'obiettivo «Potenziamento del Portale della Trasparenza» previsto dal PNRR, attraverso il quale si intende introdurre una efficace *governance* nazionale delle liste d'attesa tramite dati tempestivi.

Nell'attuale fase di avvio dell'applicativo, AGENAS acquisisce mensilmente i dati trasmessi da Regioni e Province autonome in base alle indicazioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.

La Piattaforma contiene più di 57 milioni di prenotazioni (da gennaio 2025), relative a tutte le strutture pubbliche e private accreditate del Paese, ivi incluse le prenotazioni riferite a prestazioni erogate in regime libero-professionale. In particolare, sono monitorate tutte le prime visite e gran parte degli accertamenti diagnostici (tac, risonanze, radiologia tradizionale, ecografie, mammografie, colonscopie).

Per ogni prenotazione sono considerate, in relazione alla classe di priorità oggetto della ricetta, il tempo massimo di attesa con il relativo rispetto o meno della tempistica, l'eventuale rifiuto dell'utente sulla prima disponibilità offerta dal CUP, l'entità dell'eventuale ritardo ove presente, l'impiego di strutture pubbliche o private accreditate, il confronto – nel caso di libera professione – del tempo di attesa con quello che si sarebbe registrato in caso di ricorso al SSN, l'eventuale utilizzo delle preliste[7] con valutazione della loro efficacia. La piattaforma, inoltre, offre una rappresentazione fedele, per singola struttura e per prestazione, dell'eventuale chiusura delle agende.

[6] Accessibile attraverso il *link* https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/pnla/

[7] Le preliste (o liste di tutela) consentono la registrazione della richiesta per valutarla, fornendo successivamente l'appuntamento. L'inserimento in prelista prevede l'accettazione da parte del cittadino, il quale dovrà fornire un recapito e le modalità di contatto (numero di telefono, indirizzo e-mail) per la successiva comunicazione dell'appuntamento. Il sistema semplifica, in tal modo, l'accessibilità per gli utenti, che saranno contattati direttamente e non dovranno ripetutamente ricorrere al CUP.

Il cruscotto informativo del portale rende anche disponibili al cittadino alcuni indicatori, tra i quali il numero totale di prenotazioni, la percentuale in ambito di garanzia[8] per classe di priorità, la quota di prime disponibilità accettate dall'assistito, la distribuzione di utilizzo delle singole classi di priorità, il tempo medio di accesso alle singole prestazioni per classe di priorità.

Sono inoltre riportati i volumi per singola prestazione, classe di priorità e ricorso ad appuntamenti nelle giornate di sabato e domenica.

La recente istituzione della Piattaforma nazionale delle liste d'attesa rappresenta un avanzamento significativo nella direzione auspicata da ANAC sin dal richiamato PNA 2016. Essa consente, infatti, di dare concreta attuazione a molte delle misure che l'Autorità ha più volte indicato come imprescindibili per un sistema realmente trasparente, equo e orientato al cittadino, con particolare riferimento alle seguenti:

- **piattaforme digitali uniche regionali**, interoperabili e costantemente aggiornate;
- utilizzo delle **classi di priorità clinica** per l'accesso alle liste di attesa;
- **pubblicità delle agende di prenotazione**, tanto per le prestazioni erogate in regime istituzionale quanto per quelle rese in libera professione intramuraria;
- **insieme strutturato di indicatori sui tempi di attesa**, differenziati per classe di priorità;
- **strumenti di efficientamento delle agende**, quali l'*overbooking* controllato o il recupero degli *slot* non utilizzati, indispensabili per ridurre gli sprechi organizzativi e aumentare la produttività delle strutture;
- la **separazione dei canali di prenotazione** tra attività istituzionale e libera professione, anche quando gestiti tramite il medesimo CUP, così da evitare commistioni che possono generare asimmetrie informative o comportamenti opportunistici;
- l'**obbligo di disdetta tempestiva da parte dell'utente**, almeno due giorni lavorativi prima dell'appuntamento, accompagnato da procedure chiare di riprogrammazione,

[8] L'ambito territoriale di garanzia per una determinata prestazione rappresenta l'area geografica sulla quale sono ubicate tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano quella prestazione e che, di conseguenza, la devono rendere disponibile come offerta sul sistema CUP. Infatti, per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio è necessario prevedere un automatismo dei sistemi CUP che, in base alla prestazione richiesta e alla residenza dell'utente, consenta l'individuazione del suo ambito territoriale di garanzia (zonale/distrettuale/aziendale), ovvero l'ambito entro il quale deve essere garantito il tempo di attesa, coerentemente con quanto previsto dal piano aziendale.

per restituire al sistema la capacità di riutilizzare efficacemente le disponibilità liberate[9].

Si tratta di un importante passo verso forme più mature di trasparenza, nell'ottica di un ecosistema informativo che consenta di governare la complessità con dati affidabili, comparabili e tempestivi.

Tuttavia, per trasformare questo progresso in un reale salto di qualità, occorre compiere un passo ulteriore. La Piattaforma nazionale delle liste d'attesa, pur essenziale, non può rimanere un'isola informativa. È necessario integrarla con la ***Piattaforma unica della trasparenza*** (PUT) – di cui si dirà a breve – che ANAC sta realizzando per raccogliere, in un unico ambiente, l'intero patrimonio di dati e informazioni previsto dalla normativa vigente.

### 3.4) I nuovi modelli e schemi di ANAC per la pubblicazione dei dati nel settore sanitario (Allegato 5 alla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025)

Nell'ambito della propria attività istituzionale, ANAC ha avuto modo di tornare ad occuparsi di trasparenza nel settore sanitario, e quindi anche in materia di liste d'attesa, precisando ulteriormente le proprie indicazioni, in occasione della predisposizione di schemi e modelli per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/2013.

Come è noto, l'art. 48, co. 2 e 3, del citato decreto conferisce ad ANAC il compito di definire, sentiti il Garante per la protezione dei dati personali, la Conferenza unificata, l'Agenzia per Italia Digitale-AGID e l'ISTAT, **modelli e schemi per l'organizzazione, la codificazione e**

[9] In particolare, sono comprese nell'obbligo di disdetta tempestiva le prestazioni specialistiche, urgenti differibili, di primo accesso e programmate (controlli, *follow up*, 2° livello), prenotate dal cittadino attraverso qualunque punto CUP o prenotate direttamente dal prescrittore/struttura. Nel caso in cui l'utente non si presenti nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita. Non sono oggetto di sanzione, invece, le prestazioni urgenti 24h e tutte quelle prestazioni per le quali intercorrono al massimo due giorni lavorativi tra la data di prenotazione e l'appuntamento. Le Regioni devono disciplinare con apposito atto l'obbligo di disdetta delle prenotazioni specialistiche e ambulatoriali specificando l'oggetto di sanzione, le modalità operative per l'accertamento e l'applicazione della sanzione, le cause di giustificazione per la mancata disdetta, i casi previsti per la rinuncia alla riscossione dei crediti derivanti dall'applicazione della sanzione, l'utilizzo degli importi riscossi.

**la rappresentazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria** ai sensi della normativa vigente.

Ai sensi del comma 5 dello stesso art. 48, i soggetti di cui all'art. 2-*bis* del decreto, nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione, sono tenuti a conformarsi a detti modelli e schemi.

Alla luce di tale previsione normativa, ANAC ha avviato un'intensa attività finalizzata alla realizzazione di specifici schemi di pubblicazione per ogni singolo obbligo previsto dalla normativa vigente, con l'obiettivo di mettere a disposizione delle amministrazioni/enti strumenti che consentano loro un più agevole ed omogeneo popolamento della sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito *web* istituzionale, in conformità ai requisiti di qualità delle informazioni di cui all'art. 6 dello stesso d.lgs. n. 33/2013.

Al tempo stesso, si ritiene che l'adozione di detti schemi di pubblicazione possa contribuire al superamento di quelle rilevanti disomogeneità nella pubblicazione di dati, informazioni e documenti riscontrate dalla stessa Autorità nell'esercizio delle funzioni di vigilanza.

In tale contesto, dunque, si situa l'approvazione, da parte dell'Autorità – nel dicembre scorso, previa acquisizione dei necessari pareri – di n. 5 nuovi modelli e schemi per la pubblicazione dei dati, uno dei quali attiene alla trasparenza del servizio sanitario nazionale e riguarda, nello specifico, proprio la gestione delle liste d'attesa (Allegato n. 5 alla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 3 del 5 gennaio 2026).

I suddetti schemi, per il cui esame puntuale si rinvia ai paragrafi seguenti, saranno oggetto di una sperimentazione di 12 mesi su base volontaria, all'esito della quale l'Autorità potrà perfezionare i documenti alla luce degli eventuali rilievi formulati da amministrazioni ed enti.

### 3.4.1) Schema di pubblicazione "*Spese e pagamenti effettuati*"

L'art. 41, co. 1-*bis*,[10] del d.lgs. 33/2013 ("Trasparenza del servizio sanitario nazionale") prevede che le amministrazioni e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale[11], dei servizi sanitari regionali – ivi comprese le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, le agenzie e gli altri enti ed organismi pubblici che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari – sono tenute, oltre che all'adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente per la totalità delle amministrazioni, anche a pubblicare, nei propri siti istituzionali, i dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio, e a permetterne la consultazione, in forma sintetica e aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

Sulla base di tale previsione, lo schema di pubblicazione "*Spese e pagamenti effettuati*" contenuto nell'Allegato 5 alla citata delibera ANAC n. 497/2025 esplicita che amministrazioni ed enti del settore sanitario sono tenuti a pubblicare, con **cadenza trimestrale**, nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale, sotto-sezione di secondo livello "Dati sui pagamenti del SSN", in forma **sintetica e aggregata**, nonché in **formato editabile scaricabile**, i dati delle spese sostenute e dei pagamenti effettuati distinti per **macrocategoria-tipologia di spesa**.

In particolare, per la corretta categorizzazione della spesa, si invita a fare riferimento alle seguenti tipologie:

1. Per i lavori:
   a) lavori di ristrutturazione straordinari;
   b) lavori di manutenzione ordinaria;
   c) riparazioni di immobili e loro pertinenze;
2. Per i beni:

[10] Comma introdotto dall'art. 33 del decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*".

[11] Come viene richiamato nell'Allegato 5 alla delibera ANAC n. 497 del 3 dicembre 2025, il sito del Ministero della Salute riporta la seguente precisazione: "*Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici (Aziende sanitarie e ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, IRCCS pubblici), privati equiparati (IRCCS privati, Ospedali classificati e "Presidi") e privati accreditati, con i quali le Regioni e le Aziende stipulano degli accordi o contratti*".

- acquisto di beni, con la specificazione del bene acquisito (a titolo esemplificativo, prodotti farmaceutici, dispositivi medici, vaccini);

3. Per i servizi:
   a) acquisti di servizi, con la specificazione del servizio acquisito (a titolo esemplificativo, servizi sanitari di vario tipo, prestazioni di psichiatria e socio-sanitarie);
   b) assicurazioni
   c) spese legali
   d) manutenzione e riparazione di impianti e macchinari
   e) consulenze.

Lo schema di pubblicazione specifica, inoltre, che amministrazioni ed enti sono tenuti ad indicare, per ogni lavoro, servizio o bene acquistato, **l'importo pagato nel trimestre di riferimento** e il relativo **beneficiario**.

A tal proposito, nello schema si precisa che, laddove i destinatari dei pagamenti siano persone fisiche, le amministrazioni devono avere cura di non pubblicare i nominativi dei beneficiari, utilizzando adeguate soluzioni tecniche per oscurare i dati identificativi, ad esempio, sostituendo il nominativo con l'espressione "Soggetto privato" oppure con l'inserimento di "*omissis*".

### 3.4.2) Schema di pubblicazione "*Liste di attesa*"

L'art. 41, co. 6[12], del d.lgs. 33/2013 dispone che gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «*Liste di attesa*», i **criteri di formazione delle liste di attesa**, i **tempi di attesa previsti** e i **tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata**.

A tal proposito, lo schema di pubblicazione "*Liste d'attesa*" contenuto nell'Allegato 5 alla citata delibera ANAC n. 497/2025 precisa che dette informazioni devono essere pubblicate **tempestivamente** nella sotto-sezione di primo livello "Servizi Erogati" e nella sotto-sezione

[12] Comma modificato dall'art. 15, co. 2, della legge 5 agosto 2022, n. 118, "*Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021*".

di secondo livello “Liste d’attesa” della sezione “Amministrazione Trasparente” del proprio sito *web* istituzionale. In ogni caso, viene specificato che, qualora i dati e le informazioni inerenti alle liste di attesa siano pubblicati su appositi portali di Regioni e Province autonome in conformità a quanto stabilito dal Ministero della Salute nelle *Linee di indirizzo* del 15 dicembre 2022, “*Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa sui siti web di regioni, province autonome e aziende sanitarie*”, l’obbligo di pubblicazione può essere assolto mediante un *link* che dalla sotto-sezione di primo livello “Servizi Erogati” rinvii ai suddetti portali.

Lo schema ANAC evidenzia, quindi, le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e le relative modalità di adempimento, prescrivendo di indicare, in primo luogo, la **tipologia di prestazione** oggetto di prenotazione, per la quale occorre fare riferimento alle tre macrocategorie “prestazioni ambulatoriali”, “prestazioni ricovero” e “prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell’area cardiovascolare e oncologica”, di cui al Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, tuttora in vigore, dove sono anche elencate le singole prestazioni riconducibili a ciascuna macrocategoria.

Le informazioni da pubblicare sono quindi differenziate a seconda della tipologia di prestazione.

Per quanto attiene alle **prestazioni ambulatoriali**, è richiesto, innanzi tutto, di indicare la **classe di priorità per prestazione**, rispetto alla quale le possibili opzioni, desunte dal predetto Piano, sono le seguenti:

- U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata), da eseguire entro 120 giorni.

Si raccomanda, poi, di indicare l’**ambito di garanzia** individuato nel piano attuativo aziendale, secondo quanto previsto nel citato Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 (cfr. nota 8 del presente documento).

Infine, come evidenziato nel modello ANAC, devono essere pubblicati i **tempi di attesa massimi, espressi in giorni, per la prestazione per classe di priorità**, nonché i **tempi medi effettivi di attesa delle prestazioni prenotate per classe di priorità**[13] (valore mediano dei tempi espressi in giorni).

Per quanto concerne, invece, i **ricoveri**, le **classi di priorità** cui fare riferimento – anch'esse definite nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 – sono le seguenti:

- A, Ricovero entro 30 girni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- B, Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- C, Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- D, Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Queste situazioni devono comunque essere trattate almeno entro 12 mesi.

Occorre poi indicare, anche per i ricoveri, l'**ambito di garanzia** individuato nel piano attuativo aziendale.

Infine, è fondamentale la corretta e tempestiva pubblicazione del **numero di interventi/ricoveri per classe di priorità** e dei **tempi medi effettivi di attesa per i ricoveri programmati per classe di priorità** (valore mediano dei tempi di attesa per gli interventi/ricoveri espressi in giorni).

[13] Per il calcolo dei tempi medi di attesa cfr. Linee di indirizzo del 15.12.2022 *Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa sui siti web di regioni, province autonome e aziende sanitarie*.

### 3.4.3) Schema di pubblicazione "*Bilanci*"

L'art. 41, co. 6, del d.lgs. 33/2013, già citato nel precedente paragrafo, dispone anche che gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti a pubblicare nel proprio sito *web* istituzionale, fra l'altro, i **bilanci certificati**.

A tal proposito lo schema ANAC denominato "*Bilanci*" precisa che tale pubblicazione deve avvenire **tempestivamente** nella sotto-sezione di primo livello "Bilanci" della sezione "Amministrazione Trasparente" e che la documentazione deve essere resa disponibile in formato editabile e scaricabile.

In ogni caso, sia per il bilancio preventivo sia per il bilancio consultivo, la pubblicazione potrà avvenire mediante *link* al documento pubblicato sul sito dell'amministrazione/ente, o ai dati pubblicati ai sensi dell'art. 29 del d.lgs. 33/2013[14] in conformità allo schema predisposto da ANAC *ex* art. 48.

### 3.4.4) Schema di pubblicazione "*Aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta*"

Lo stesso art. 41, co. 6, del d.lgs. 33/2013 stabilisce, inoltre, che gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti a pubblicare nel proprio sito *web* istituzionale, fra l'altro, i dati sugli **aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati** e sull'**attività medica svolta**.

A tale riguardo, lo schema ANAC denominato "*Aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta*" precisa che la pubblicazione deve avvenire **tempestivamente** nella sotto-sezione di primo livello "Servizi Erogati" della sezione "Amministrazione Trasparente", o mediante esposizione dei dati pertinenti o mediante *link* al documento pubblicato nel sito istituzionale[15].

[14] Ai sensi dell'art. 29, co. 1, del d.lgs. 33/2013 "*Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis, le pubbliche amministrazioni pubblicano i documenti e gli allegati del bilancio preventivo e del conto consuntivo entro trenta giorni dalla loro adozione, nonché i dati relativi al bilancio di previsione e a quello consuntivo in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche, al fine di assicurare la piena accessibilità e comprensibilità.*"

[15] Per completezza si precisa che tra gli schemi di pubblicazione resi disponibili da ANAC nell'Allegato 5 alla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025 figurano anche modelli relativi alle procedure di conferimento degli

### 3.5) La necessaria integrazione con la Piattaforma Unica della Trasparenza

Gli schemi di pubblicazione predisposti da ANAC potranno anche essere utilizzati in futuro, nel rispetto della normativa sui dati personali, come base per l'implementazione della sopra menzionata *Piattaforma unica della trasparenza*.

Infatti, l'obiettivo ultimo che ci si prefigge è quello di integrare la modulistica standard predisposta ai sensi dell'art. 48, co. 2 e 3, del d.lgs. 33/2013 in detta piattaforma, attualmente in corso di implementazione, in modo da permettere ad amministrazioni ed enti di assolvere ai propri obblighi di pubblicazione direttamente attraverso tale strumento. La *Piattaforma unica della trasparenza*, su segnalazione di ANAC, ha già trovato riconoscimento da parte del legislatore (artt. 23, comma 4, e 28, comma 3, del d.lgs. 36/2023 in materia di contratti pubblici[16], e art. 31, commi 3 e 4, del d.lgs. 201/2022, in materia di servizi pubblici locali di rilevanza economica[17]) ed ora attende il completamento della cornice normativa per il suo consolidamento.

La realizzazione di questo fondamentale strumento si fonda su due linee direttrici di fatto convergenti.

Da una parte, ogni qual volta esiste già una banca dati pubblica nella quale sono raccolte le informazioni da pubblicare, la piattaforma si collega direttamente a questa, liberando le singole amministrazioni dall'onere di trasmettere nuovamente i dati e così rendendo effettivo il principio del *Once only*. Attraverso un sistema realizzato interamente *in house* e con *software open source*, ANAC ha infatti integrato i propri dati con le informazioni provenienti da altre banche dati ufficiali – come quelle del MEF - SIOPE e dell'ISTAT – sgravando gli enti dall'onere di ulteriori pubblicazioni e utilizzando sistemi di intelligenza artificiale capaci di ricavare contenuti e spiegazioni in linguaggio naturale, all'interno di un ambiente controllato e attingendo da un bacino predefinito di testi.

incarichi dirigenziali per la dirigenza sanitaria – i quali, tuttavia, non saranno oggetto di esame nel presente documento, in quanto estranei all'argomento centrale della trattazione – nonché un modello relativo alle informazioni da pubblicare riguardo le strutture sanitarie private accreditate, il quale verrà successivamente analizzato nell'ambito del paragrafo 4).

[16] Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, "*Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici*".

[17] Decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 201, "*Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica*".

Dall'altro lato, per quelle informazioni che non confluiscono automaticamente nelle banche dati e che le amministrazioni sono pertanto tenute a continuare a pubblicare, l'Autorità ha sviluppato, in collaborazione con un qualificatissimo gruppo di ricercatori del CNR, un sistema avanzato di *web scraping*, capace di acquisire in modo automatizzato alcuni contenuti dalle sezioni "Amministrazione Trasparente" degli oltre 23.600 siti *web* istituzionali, verificando continuativamente e con cicli di poche ore conformità, completezza e qualità dei dati.

Alla luce di ciò risulta dunque evidente che la *Piattaforma unica della trasparenza*, fondata sulla standardizzazione delle informazioni e delle modalità di raccolta, pubblicazione e consultazione di dati e documenti, quando sarà pienamente operativa in tutte le sue molteplici potenzialità, anche a seguito del richiamato consolidamento normativo, permetterà di **ridurre significativamente gli oneri amministrativi di trasparenza** a carico delle amministrazioni e consentirà alle stesse di realizzare economie di scala, sfruttando le opportunità dell'interconnessione tra banche dati per alleggerire gli adempimenti di pubblicità, e quindi, in ultima analisi, di liberare energie e risorse da destinare ad altre attività.

Un grande vantaggio, inoltre, risiede nella piena **comparabilità** dei dati: a parità di informazioni raccolte, la piattaforma è in grado di restituire un patrimonio informativo più ricco, più leggibile e più utile, proprio perché strutturato secondo criteri uniformi e standardizzati.

La piattaforma si configura, altresì, come un importante **strumento di gestione per gli stessi enti del SSN**. La disponibilità centralizzata, strutturata e confrontabile dei dati consentirà infatti alle aziende sanitarie e ospedaliere di disporre di un **quadro informativo completo e immediatamente utilizzabile per il governo dei processi interni**: dalla programmazione degli acquisti alla verifica delle *performance*, dalla gestione delle liste d'attesa al monitoraggio dei tempi procedimentali, fino alla valutazione dell'efficienza delle strutture e dei servizi erogati.

La *Piattaforma unica della trasparenza*, infatti, permette di costruire **indicatori di efficienza e di qualità**, utili sia ai cittadini – che potranno esercitare un controllo informato sull'operato delle amministrazioni – sia alle stesse amministrazioni, che potranno misurare con precisione la propria capacità organizzativa. Indicatori che, in un sistema realmente aperto, potranno essere proposti anche dalla società civile, dalle associazioni di tutela dei pazienti,

dai centri di ricerca: un ecosistema partecipato che rafforza la trasparenza come bene comune.

Perché ciò sia possibile, i dati devono essere granulari, cioè sufficientemente dettagliati da consentire analisi puntuali e comparazioni significative. Solo dati granulari permettono di ricavare anche dati di sintesi, traducibili in *score* numerici, utili per rappresentare in modo immediato la qualità dei processi e delle prestazioni.

Dunque, alla luce delle straordinarie potenzialità della *Piattaforma unica della trasparenza*, sopra delineate, appare oggi imprescindibile che tutti gli strumenti digitali impiegati nel settore sanitario per il tracciamento dei processi e per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente – a partire dalla *Piattaforma nazionale delle liste d'attesa* – siano connessi e pienamente interoperabili con tale infrastruttura. Solo un ecosistema informativo integrato, capace di far dialogare sistemi oggi spesso frammentati, può infatti garantire una lettura coerente e tempestiva delle dinamiche che incidono sulla qualità dell'assistenza, rafforzando la capacità delle istituzioni di governare il servizio sanitario con trasparenza, responsabilità e visione strategica.

In tale contesto, come sopra accennato, la *Piattaforma nazionale delle liste d'attesa*, pur essenziale, non può rimanere un'isola informativa, ma deve necessariamente essere integrata all'interno della *Piattaforma unica della trasparenza* (PUT). Infatti, solo unendo le informazioni sui tempi di attesa con quelle relative ad altri rilevanti profili dell'agire pubblico nel settore sanitario – quali, a titolo esemplificativo, la gestione dei contratti per l'acquisizione di beni e servizi strumentali (dai dispositivi medici ai servizi di supporto), l'efficacia della spesa pubblica, l'organizzazione e l'impiego del personale, i processi amministrativi che sostengono l'erogazione delle prestazioni – sarà possibile offrire agli organi di governo del sistema sanitario una **visione d'insieme**, in grado di cogliere le interdipendenze che determinano l'effettiva capacità delle Regioni di garantire i LEA.

Un sistema sanitario moderno non può essere governato attraverso frammenti informativi. Occorre una piattaforma che consenta di leggere, in modo integrato, ciò che accade nelle sale operatorie e ciò che accade nelle centrali di acquisto; ciò che avviene nelle agende di prenotazione e ciò che avviene nei bilanci; ciò che riguarda la *performance* clinica e ciò che riguarda la *performance* amministrativa. Solo così sarà possibile individuare

tempestivamente criticità, prevenire inefficienze, contrastare fenomeni distorsivi e orientare le decisioni pubbliche sulla base di evidenze solide.

Perché questo ecosistema possa funzionare davvero, è però necessario che a monte si realizzi una **piena ed effettiva digitalizzazione delle procedure**, esattamente come avvenuto nel settore dei contratti pubblici. Le piattaforme digitali esprimono i loro massimi vantaggi in termini di efficienza, trasparenza e tempestività solo quando le procedure sono native digitali, cioè progettate, gestite e concluse interamente in digitale. Se le procedure continuano a nascere su supporti analogici o semi-digitali, la piattaforma diventa un mero contenitore, incapace di generare dati strutturati, confrontabili e immediatamente utilizzabili. D'altra parte, è proprio la mancanza di natività digitale a far riemergere i **divari tra le diverse realtà** del Paese: tra aziende sanitarie più avanzate, dotate di sistemi informativi moderni, e aziende meno attrezzate, che operano ancora con processi frammentati, documenti non strutturati, archivi non interoperabili. L'unico modo per superare questi divari è **assicurare che tutte le amministrazioni operino attraverso procedure interamente digitalizzate**, che consentano di generare dati omogenei, tempestivi e confrontabili.

Da questo punto di vista, la *Piattaforma unica della trasparenza* potrà davvero rivelarsi uno strumento prezioso, nella misura in cui, rendendo omogenei i flussi informativi e riducendo la frammentazione delle basi dati, permetterà agli enti del SSN di identificare immediatamente ritardi o scostamenti rispetto agli standard, di attivare interventi correttivi mirati e di rafforzare la capacità di rendicontazione interna ed esterna.

In tal modo, la trasparenza non si limita ad essere un obbligo verso l'esterno, ma diventa un fattore abilitante di buona amministrazione, uno strumento di governo clinico-amministrativo e un supporto concreto alla qualità dei servizi sanitari.

Ciò premesso, al fine di realizzare l'auspicata integrazione della *Piattaforma nazionale delle liste d'attesa* all'interno dell'architettura della *Piattaforma unica della trasparenza*, appare dunque opportuno un intervento normativo mirato, volto a garantire la piena confluenza dei dati e l'interoperabilità dei sistemi informativi sanitari con l'infrastruttura digitale gestita da ANAC. In questa prospettiva, si suggerisce il seguente intervento emendativo:

| |
|---|
| Dopo l'articolo 1 del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, inserire il seguente: |

«***Art. 1*-bis**

***(Interoperabilità con la Piattaforma unica della trasparenza)***

1. ***Al fine di realizzare un efficace sistema di governo delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, che consenta la tempestiva individuazione di criticità, ritardi e scostamenti rispetto agli obiettivi previsti e la rapida identificazione delle relative cause, la Piattaforma di cui all'articolo 1 è integrata nell'architettura della Piattaforma unica della trasparenza istituita presso l'Autorità nazionale anticorruzione ai sensi dell'articolo 31 del decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 201, e degli articoli 23 e 28 del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, mediante la quale le amministrazioni e gli enti del servizio sanitario nazionale, dei servizi sanitari regionali, ivi comprese le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere, le agenzie e gli altri enti ed organismi pubblici che svolgono attività di programmazione e fornitura dei servizi sanitari, assolvono agli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 41 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, secondo gli schemi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, del decreto medesimo.***

A tale riguardo, è opportuno richiamare anche una più ampia proposta di modifica normativa che è stata recentemente formulata con riferimento all'articolo 8 del decreto legislativo n. 33 del 2013. Si tratta di un intervento organico, volto a rafforzare in modo strutturale la *Piattaforma unica della trasparenza*, consolidandone la funzione di infrastruttura nazionale per la pubblicità dei dati e per la piena tracciabilità dell'azione amministrativa.

## 4) Accreditamento e convenzionamento per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale

### 4.1) Considerazioni di ordine generale

Anche il sistema dei rapporti tra le Regioni, le aziende sanitarie e i soggetti privati accreditati rappresenta un ambito decisivo per la piena attuazione dei livelli essenziali di assistenza. La qualità, la continuità e l'equità delle prestazioni erogate per conto e a carico del Servizio

sanitario nazionale dipendono, infatti, non solo dall'efficienza delle strutture pubbliche, ma anche dalla solidità dei meccanismi attraverso cui si selezionano, si autorizzano e si remunerano gli operatori privati chiamati a integrare l'offerta. In questo settore, dove si intrecciano ingenti risorse economiche, asimmetrie informative e una fisiologica pluralità di interessi, la trasparenza dei processi di accreditamento e la correttezza delle convenzioni stipulate assumono un ruolo determinante.

La definizione dei fabbisogni, la programmazione delle attività, la verifica della qualità delle prestazioni, la gestione dei *budget* e il monitoraggio dei volumi erogati costituiscono passaggi che incidono direttamente sulla capacità del sistema di garantire i LEA in modo uniforme sul territorio nazionale. Una *governance* poco strutturata o priva di adeguati presìdi di integrità può generare distorsioni nell'allocazione delle risorse, fenomeni di selezione avversa, disparità di accesso e, nei casi più gravi, comportamenti opportunistici che compromettono la fiducia dei cittadini e la sostenibilità complessiva del servizio.

Per queste ragioni, l'assetto dei rapporti con gli erogatori privati non può essere considerato un elemento accessorio, ma costituisce a pieno titolo uno dei fattori che maggiormente influenzano l'effettiva garanzia dei diritti di cura. ANAC, pertanto, fin dalla sua istituzione, dedica un'attenzione costante e approfondita alla disciplina dell'accreditamento e del convenzionamento, consapevole che la qualità dei rapporti tra pubblico e privato nel settore sanitario costituisce uno snodo essenziale per la tutela dell'interesse collettivo.

### 4.2) Rischi connessi alla scarsa trasparenza del sistema di accreditamento e convenzionamento

Già in sede di aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)[18], ANAC individuava nell'ambito delle relazioni tra le Regioni/aziende sanitarie e gli erogatori privati di attività sanitarie una delle aree di "rischio specifico" da sottoporre a monitoraggio. La natura "specifica" di tale rischio veniva ricondotta, in particolare, alla fase di gestione del rapporto contrattuale con i soggetti accreditati che operano per conto del SSN, fase nella quale si concentrano elementi di complessità amministrativa e margini di discrezionalità suscettibili di generare criticità.

[18] Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, p. 47, "*Rapporti contrattuali con i privati accreditati*".

Nel successivo PNA 2016[19], l'Autorità ha ulteriormente ampliato il perimetro dell'attenzione, richiamando Regioni e aziende sanitarie alla necessità di presidiare con rigore ogni passaggio del percorso che conduce all'accreditamento istituzionale: dall'autorizzazione all'esercizio fino alla stipula dei contratti. In tale occasione, ANAC ha indicato una serie di misure organizzative volte a prevenire distorsioni e comportamenti non coerenti con l'interesse pubblico, evidenziando come l'assenza di adeguati livelli di trasparenza nelle procedure autorizzative o la mancata standardizzazione degli strumenti utilizzati nelle attività negoziali e ispettive possano favorire opacità, asimmetrie informative e, nei casi più gravi, fenomeni devianti.

Le indicazioni fornite dall'Autorità sono sempre state orientate a promuovere la **massima trasparenza dei processi e delle decisioni**, tanto nella fase di predisposizione degli atti quanto in quella della loro pubblicazione.

### 4.2.1) Rischi connessi alle fasi di autorizzazione e di accreditamento istituzionale

Per quanto riguarda la prima fase del rapporto con gli operatori privati – quella dell'autorizzazione all'esercizio – un elemento cruciale è rappresentato dalla **corretta determinazione del fabbisogno**, inteso come strumento di analisi della domanda e di definizione dell'assetto complessivo dell'offerta sanitaria. Tale passaggio, se non adeguatamente presidiato, può generare rilevanti criticità.

In particolare, qualora il fabbisogno sia utilizzato per fissare un numero massimo di autorizzazioni rilasciabili, occorre prevenire il rischio di pressioni o interferenze volte a favorire l'ingresso di specifici soggetti in un sistema a numero chiuso. Se, al contrario, la valutazione del fabbisogno assume un valore meramente orientativo – soluzione maggiormente coerente con i princìpi costituzionali e con l'ordinamento europeo – l'attenzione deve concentrarsi sulla verifica rigorosa dei requisiti richiesti per l'autorizzazione.

In ogni caso, risulta indispensabile adottare misure di prevenzione che rafforzino la trasparenza e la capacità di controllo delle amministrazioni.

[19] Determinazione ANAC n. 831 del 3 agosto 2016.

Sul piano della **trasparenza**, oltre agli obblighi già previsti dalla normativa vigente – in particolare dall'art. 41 del d.lgs. 33/2013 e dall'art. 1, commi 15 e 16, lett. a), della legge 190/2012[20] – si raccomandano **ulteriori presìdi di pubblicità**, nel rispetto della disciplina sulla protezione dei dati personali, riguardanti:

- la **struttura del mercato**, evidenziando – eventualmente anche attraverso la pubblicazione dell'atto di determinazione del fabbisogno – le aree in cui l'offerta risulta satura e quelle in cui permane una carenza di servizi;
- l'**elenco aggiornato dei soggetti autorizzati**;
- gli **esiti delle attività ispettive** svolte.

In ogni caso, si raccomanda a Regioni/aziende sanitarie di rendere pienamente trasparenti i criteri e i processi utilizzati per l'analisi dei fabbisogni, evidenziando in modo chiaro anche gli eventuali riadattamenti della rete dei servizi e delle relative relazioni organizzative. Nei casi in cui emergano variazioni significative del fabbisogno, sarebbe opportuno prevedere un confronto comparativo e trasparente con i soggetti accreditati, così da assicurare coerenza, equità e partecipazione informata agli aggiornamenti della programmazione.

Sul piano dei **controlli**, si sottolinea, inoltre, la necessità che le Regioni/aziende sanitarie rafforzino l'attività di vigilanza, assicurando un presidio effettivo dell'intero procedimento autorizzativo. Ciò comporta **verifiche puntuali nella fase preliminare**, volte ad accertare il possesso dei requisiti richiesti, e **controlli successivi** – anche a campione e senza preavviso – per garantire il loro mantenimento nel tempo, con una periodicità almeno annuale.

Accanto ai controlli ordinari, si suggerisce l'elaborazione di un **programma di verifiche concomitanti** da inserire tra le misure di prevenzione dei piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Tale programma dovrebbe indicare:

- il numero minimo di controlli da effettuare, a campione e senza preavviso;
- i criteri per individuare le strutture da sottoporre a verifica;
- le modalità operative delle ispezioni, con particolare riferimento alla frequenza (non inferiore a una volta l'anno) e alla composizione dei *team* incaricati.

[20] Legge 6 novembre 2012, n. 190, "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*".

Su quest'ultimo punto, si raccomanda la **costituzione di gruppi ispettivi a composizione mista**, con personale proveniente da aziende diverse da quella territorialmente competente, anche mediante accordi tra strutture confinanti. Restano ferme le indicazioni già fornite dall'Autorità in materia di rotazione del personale e prevenzione dei conflitti di interesse. Per garantire un adeguato supporto alle attività di controllo, si suggerisce, inoltre, la possibilità di stipulare intese con la Guardia di Finanza o con altre istituzioni, oltre a forme strutturate di collaborazione tra aziende sanitarie.

Le indicazioni rese per la fase autorizzativa trovano piena applicazione anche nel momento dell'accreditamento, che rappresenta un riconoscimento di natura ampliativa e presuppone la verifica del possesso – e del costante mantenimento – di requisiti ulteriori rispetto a quelli richiesti per l'autorizzazione. In questa fase, infatti, ai parametri strutturali, tecnologici e organizzativi si aggiungono standard di qualità e modelli organizzativi coerenti con la possibilità di erogare prestazioni per conto del SSN, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dei relativi indicatori e standard definiti dalla normativa di settore e dai regolamenti attuativi.

Infine, si ritiene opportuno che nei provvedimenti di accreditamento sia inserita una **clausola esplicita volta a evitare il formarsi di aspettative indebite e a prevenire possibili contenziosi**. Tale clausola dovrebbe chiarire che l'accreditamento non comporta automaticamente il diritto del soggetto privato ad accedere alla successiva fase contrattuale e che il relativo provvedimento può essere oggetto di revisione qualora mutino le condizioni che ne hanno giustificato l'adozione, fatti salvi i casi di sospensione o revoca previsti dalla normativa vigente.

### 4.2.2) Rischi connessi alle fasi di negoziazione, stipula ed esecuzione dei contratti

La fase di negoziazione, stipula ed esecuzione dei contratti rappresenta il momento in cui si definiscono in modo puntuale i rapporti con i soggetti privati accreditati chiamati a erogare prestazioni per conto e a carico del SSN.

Pur distinguendosi dalla generalità dei contratti pubblici, tali accordi presentano numerosi elementi di contiguità con essi e richiedono, pertanto, un'impostazione improntata alla massima trasparenza da parte di tutte le amministrazioni coinvolte. Si tratta, infatti, della fase più delicata del rapporto con gli erogatori privati, nella quale si fissano condizioni,

obblighi e standard che incidono direttamente sulla qualità dei servizi resi ai cittadini, e quindi sull'effettiva attuazione dei livelli essenziali di assistenza.

In questo contesto, è essenziale adottare misure idonee a garantire livelli adeguati di qualità delle prestazioni, prevenendo fenomeni distorsivi quali forme di concorrenza sleale – ad esempio, l'offerta di prestazioni private a prezzi assimilabili al *ticket* – o differenze ingiustificate nella qualità dei servizi a parità di costi.

Per mitigare tali rischi, le aziende sanitarie devono applicare anche in questa fase le misure di controllo richiamate in precedenza, incluse **verifiche a campione e senza preavviso**. Qualora emergano irregolarità gravi, occorre attivare tempestivamente i **procedimenti di sospensione o revoca del contratto e dell'accreditamento**, come previsto dalla normativa regionale, così da consentire l'eventuale subentro di operatori pienamente conformi ai requisiti di legge.

In aggiunta a tali misure di ordine generale, per rafforzare l'efficacia della fase contrattuale, si indicano alcune misure specifiche ulteriori.

In primo luogo, è opportuno **evitare meccanismi automatici di rinnovo**, subordinando la prosecuzione del rapporto alla **verifica delle *performance***, valutate anche in termini di risultati e qualità del servizio.

È altresì utile prevedere, già in sede di stipula, **l'impegno del soggetto accreditato a collaborare con l'amministrazione**, ad esempio nella gestione dei tempi e delle liste di attesa.

È inoltre necessario **individuare con chiarezza, lungo tutto il percorso negoziale, gli ambiti nei quali si esercita la discrezionalità amministrativa**, così da adottare presìdi adeguati a garantire correttezza e coerenza delle decisioni.

In tale prospettiva, qualora i criteri di distribuzione delle risorse siano definiti a livello aziendale, essi devono essere resi pubblici. In particolare, anche nella definizione dei criteri di allocazione delle risorse tra gli erogatori accreditati e contrattualizzati, è opportuno considerare non solo i volumi di attività, ma anche le *performance* clinico-assistenziali, misurate in termini di esiti e qualità delle prestazioni. L'integrazione di tali elementi consente di orientare le scelte verso modelli di offerta più efficaci, premiando l'eccellenza e

contribuendo a garantire un sistema realmente capace di rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Considerata la natura essenzialmente pubblicistica dell'attività svolta dai soggetti accreditati e contrattualizzati, si raccomandano ulteriori **misure riguardanti il personale e gli acquisti**, ambiti che incidono direttamente sui requisiti di accreditamento e sulla qualità delle prestazioni.

Per quanto riguarda il personale, si suggerisce di inserire nei modelli contrattuali regionali una clausola che impegni l'erogatore a mantenere una dotazione organica coerente con i requisiti organizzativi previsti per la tipologia di attività svolta.

Con riferimento agli acquisti, è opportuno prevedere l'obbligo di garantire livelli adeguati di qualità delle tecnologie e dei presìdi sanitari, così da assicurare efficienza, sicurezza e conformità agli standard richiesti.

Per conferire maggiore cogenza a tali obblighi, ANAC invita Regioni e aziende sanitarie a valutare l'inserimento nei contratti di una clausola di salvaguardia che preveda la sospensione dell'accreditamento in caso di mancata sottoscrizione o inosservanza degli impegni assunti.

### 4.3) Schema di pubblicazione ANAC "*Strutture sanitarie private accreditate*"

Per sostenere le amministrazioni e gli enti nel garantire trasparenza sui soggetti privati accreditati, ANAC ha introdotto uno specifico schema di pubblicazione dedicato all'accreditamento delle strutture sanitarie.

Tale schema è inserito nell'ambito del citato Allegato 5 alla delibera n. 497 del 3 dicembre 2025 ed è concepito con la duplice finalità di standardizzare le informazioni che le amministrazioni sono tenute a pubblicare e di rendere comparabili i dati relativi alle strutture accreditate, ai volumi di attività, ai contratti e ai controlli.

L'art. 41, co. 4, del d.lgs. 33/2013 dispone la pubblicazione e l'aggiornamento annuale dell'elenco delle strutture sanitarie private accreditate, nonché la pubblicazione degli accordi con esse intercorsi.

A tal proposito, nel richiamato Allegato 5 si precisa che le informazioni concernenti le strutture sanitarie private accreditate devono essere pubblicate nella sotto-sezione di primo livello “Strutture sanitarie private accreditate” della sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale.

Si specifica, altresì, che gli elementi informativi minimi da includere nella pubblicazione in merito alle strutture sanitarie private accreditate sono i seguenti:

- denominazione della struttura sanitaria privata accreditata;
- sede operativa (indirizzo e Comune);
- tipologia di servizio offerto in regime di accreditamento (pubblicazione da intendersi come facoltativa), scegliendo tra le opzioni di seguito indicate:
  a) assistenza ambulatoriale
  b) assistenza ospedaliera
  c) assistenza territoriale
  d) altro (testo libero);
- durata dell’accreditamento;
- numero e data del provvedimento di accreditamento.

Per quanto concerne, invece, gli accordi e i contratti stipulati con le strutture sanitarie private accreditate, si raccomanda alle aziende sanitarie di indicare se si tratti di un nuovo accordo o del rinnovo di un accordo precedente, di pubblicare il *link* al documento e di specificare i seguenti elementi informativi:

- parti dell’accordo;
- oggetto;
- data di pubblicazione;
- durata dell’accordo.

Dunque, lo schema fornito da ANAC si pone come un presidio di chiarezza e uniformità rispetto ad un profilo – quello degli accreditamenti – particolarmente complesso e delicato. In tal modo si intende, da un lato, aiutare gli enti e le amministrazioni ad adempiere con rigore agli obblighi normativi e, dall’altro, offrire ai cittadini un quadro trasparente, completo e comparabile dell’universo delle strutture private che operano nell’ambito del servizio sanitario pubblico.

## 4.4) Le osservazioni di ANAC sulla revisione della disciplina concernente l'accreditamento istituzionale

L'art. 36 della legge n. 193 del 2024[21] ha previsto che si proceda ad una revisione complessiva della disciplina concernente l'accreditamento istituzionale e la stipulazione degli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale.

L'art. 1, co. 12, della legge n. 190 del 2025[22], integrando detto articolo 36, prevede che la richiamata revisione debba prevedere, «*ai fini della selezione degli erogatori con cui stipulare degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, lo svolgimento di una procedura ad evidenza pubblica, che, nel rispetto del diritto dell'Unione europea e dei principi di parità di trattamento, di non discriminazione, di trasparenza e di proporzionalità, consenta di salvaguardare i livelli occupazionali e la continuità assistenziale articolata per tipologia di paziente o assistito e relativa fragilità.*».

La novella sembra dunque intesa ad assicurare che, in sede di revisione della disciplina dell'accreditamento, venga previamente individuata una serie di parametri ai fini della selezione dei soggetti privati per la stipulazione degli accordi contrattuali, e che, nell'individuazione di tali parametri, si tenga conto tanto dell'esigenza di garantire, nel rispetto della concorrenza, la continuità assistenziale articolata per tipologia di paziente o assistito e relativa fragilità, quanto della necessità di differenziare l'ipotesi di rinnovo di un accordo contrattuale in essere e l'ipotesi di un primo accordo, procedendo a tal fine mediante distinte procedure ad evidenza pubblica.

Per quanto concerne quest'ultimo punto, in particolare, la Relazione illustrativa presentata a corredo dell'originario disegno di legge precisa che la **differenziazione tra l'ipotesi di rinnovo e quella di primo accordo** è intesa ad evitare il rischio che l'esperienza pregressa venga a costituire un vantaggio competitivo per i soggetti titolari di un rapporto contrattuale preesistente, traducendosi, di fatto, in una barriera all'ingresso per nuovi potenziali concorrenti.

[21] Legge 16 dicembre 2024, n. 193, "*Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2023*".
[22] Legge 18 dicembre 2025, n. 190, "*Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2025*".

La *ratio* della previsione normativa appare nel complesso condivisibile, in quanto volta ad un **equo bilanciamento tra l'esigenza di garantire la continuità assistenziale e la necessità di assicurare l'apertura del mercato**, evitando che l'esperienza pregressa costituisca, per i privati già titolari di un rapporto contrattuale, un vantaggio competitivo tale da ostacolare l'ingresso di nuovi soggetti.

Tuttavia – come si è già rappresentato in occasione di un'audizione svoltasi l'11 settembre 2025 presso la 9ª Commissione permanente Industria, commercio, turismo, agricoltura e produzione agroalimentare del Senato della Repubblica[23] – la formulazione della previsione normativa in commento appare **eccessivamente generica**, in quanto non fornisce alcun criterio per l'individuazione dei parametri da seguire nella revisione della disciplina dell'accreditamento al fine di realizzare detto bilanciamento, laddove le esigenze di tutela della concorrenza richiederebbero, invece, regole puntuali.

In spirito collaborativo, pertanto, si è suggerito – e si torna a suggerire in questa sede – che il testo venga almeno integrato con l'introduzione di **un richiamo al necessario rispetto delle indicazioni fornite da ANAC nel Piano nazionale anticorruzione**, con particolare rifermento alla **prevenzione dei conflitti di interesse**, posto che dalla stessa esperienza dell'Autorità è emerso come gli accreditamenti degli enti sanitari rappresentino un settore particolarmente sensibile, connotato da rischi rilevanti di conflitti di interesse.

Si suggerisce, inoltre, che, nella revisione dei parametri per il rilascio o il rinnovo dell'accreditamento e del convenzionamento, si tenga conto anche della ***performance* pregressa** dell'ente già accreditato, individuando un ragionevole criterio, ai fini di un eventuale rinnovo, nella valutazione di come la struttura sanitaria si è comportata in termini di assistenza e di erogazione delle prestazioni nell'ambito del precedente rapporto contrattuale. Il criterio dell'adeguatezza delle prestazioni appare infatti fondamentale in un settore delicato quale è quello della sanità.

A tale riguardo, l'esperienza maturata dall'Autorità evidenzia come, in un numero non trascurabile di casi, si sia registrata la tendenza a prorogare rapporti contrattuali esistenti senza procedere ad una effettiva e approfondita verifica delle *performance* rese dai soggetti

[23] Al riguardo, si veda il documento *Osservazioni di ANAC sul disegno di legge A.S. n. 1578 "Legge annuale per il mercato e la concorrenza per il 2025"*, trasmesso in data 12 settembre 2025 alla 9ª Commissione permanente Industria, commercio, turismo, agricoltura e produzione agroalimentare del Senato della Repubblica.

già accreditati. Tale prassi, oltre a indebolire il principio di concorrenza, rischia di compromettere la qualità dell'assistenza erogata, poiché consente il mantenimento di rapporti convenzionali anche in assenza di una valutazione puntuale dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni fornite. L'indagine conoscitiva in corso potrebbe rappresentare, dunque, un'occasione preziosa per introdurre criteri chiari e verificabili che rendano la valutazione della *performance* pregressa un elemento imprescindibile ai fini del rinnovo dell'accreditamento.

Si propone, pertanto, il seguente intervento emendativo.

All'articolo 36, comma 1-*bis*, della legge 16 dicembre 2024, n. 193:

*a)* dopo le parole: «*di trasparenza e di proporzionalità,* », sono inserite le seguenti: «***nonché delle indicazioni fornite dall'Autorità nazionale anticorruzione, con particolare riferimento alla prevenzione dei conflitti di interesse, nell'ambito del Piano nazionale anticorruzione di cui all'articolo 1, commi 2 e 2-bis della legge 6 novembre 2012, n. 190,*** »;

*b)* dopo le parole: «*consenta di salvaguardare*», sono inserite le seguenti: «***valutando, ai fini dell'eventuale rinnovo, l'adeguatezza delle prestazioni erogate dal soggetto accreditato nell'ambito del precedente rapporto contrattuale,***».

## 5) Alcuni profili relativi all'affidamento dei contratti pubblici nel settore sanitario

La piena attuazione dei LEA richiede un sistema di approvvigionamento efficiente, competitivo e impermeabile a interferenze indebite. Nel settore sanitario, la qualità delle procedure di affidamento non è un elemento accessorio, ma una condizione strutturale per garantire continuità, sicurezza e adeguatezza delle prestazioni. Procedure corrette e tempestive assicurano forniture affidabili, tecnologie aggiornate, servizi di supporto stabili: tutti fattori che incidono direttamente sulla capacità delle Regioni di rispettare gli standard dei LEA.

Un *procurement* ben organizzato consente di utilizzare le risorse pubbliche in modo più razionale, riducendo sprechi e contenziosi, e rafforzando la programmazione delle strutture sanitarie. Al contrario, ritardi, opacità o scelte non pienamente conformi alle regole di concorrenza generano inefficienze che si riflettono immediatamente sull'erogazione dei

servizi: interruzioni operative, minore qualità delle prestazioni, difficoltà nel garantire tempestività e continuità assistenziale.

Integrità, trasparenza e professionalizzazione delle stazioni appaltanti rappresentano quindi leve essenziali per sostenere la qualità del sistema sanitario e la piena esigibilità dei diritti degli utenti.

In questo quadro, l'esperienza maturata dall'Autorità evidenzia criticità significative sia nell'utilizzo dell'istituto del **partenariato pubblico-privato** (PPP), sia nell'ambito dei **contratti di appalto di forniture e servizi**.

Con riguardo al partenariato, tali criticità assumono particolare rilievo in vista della conclusione della stagione del PNRR, quando sarà necessario tornare a ricorrere in misura crescente ai capitali privati per la realizzazione, ad esempio, di grandi poli ospedalieri o per l'erogazione di servizi complessi. In numerosi casi, tuttavia, è emerso che il rischio operativo – che dovrebbe essere trasferito al partner privato – rimane sostanzialmente in capo al soggetto pubblico, con conseguente pregiudizio per le finanze pubbliche e con effetti distorsivi sulla corretta allocazione delle responsabilità. Una simile impostazione, oltre a contraddire la logica stessa del partenariato, espone le amministrazioni a oneri non giustificati e indebolisce la sostenibilità dei progetti.

Analoghe criticità si riscontrano nei contratti di appalto di forniture e servizi, dove carenze nella programmazione, nella definizione dei fabbisogni o nella gestione delle procedure possono tradursi in inefficienze che incidono direttamente sulla qualità dell'assistenza. A tale riguardo, alcuni profili specifici saranno oggetto di approfondimento nei *sub*-paragrafi seguenti.

### 5.1) Rischio accentuato di conflitti di interessi nella selezione dei fornitori

La gestione dei conflitti di interesse negli appalti sanitari rappresenta un nodo strutturale, reso più sensibile dalla particolare **"prossimità" tra chi propone l'acquisto e chi utilizzerà i beni o servizi acquisiti**. Questa caratteristica fisiologica del sistema sanitario richiede un presidio attento, poiché può incidere sulla neutralità delle scelte e, di conseguenza, sulla qualità delle forniture e sulla capacità delle Regioni di garantire i LEA. Non a caso, ANAC ha affrontato il tema in modo organico fin dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

In questo quadro, è essenziale che le aziende sanitarie adottino misure chiare e sistematiche per prevenire e governare i conflitti, sia potenziali sia effettivi. Ciò implica la definizione di fattispecie tipiche, la diffusione di informazioni che aiutino i professionisti a riconoscere le situazioni a rischio e l'uso di dichiarazioni preventive che rendano tracciabili le posizioni individuali. È altrettanto importante disporre di un modello organizzativo che disciplini in modo uniforme le interazioni tra personale interno e operatori economici, così da assicurare un quadro regolato e verificabile.

Tra le misure utili a rafforzare questo presidio rientrano:

- l'adozione di **documenti strategici** che coordinino le iniziative di prevenzione, promuovendo consapevolezza e responsabilità tra gli attori coinvolti;
- predisposizione di **modelli standard per le dichiarazioni di assenza di conflitti** e di procedure per la loro raccolta, conservazione e aggiornamento;
- **formazione mirata** dei professionisti impegnati nelle fasi di programmazione, progettazione e gara;
- diffusione di **strumenti informativi che facilitino l'autovalutazione delle situazioni personali e relazionali**, soprattutto per chi opera in commissioni giudicatrici o gruppi tecnici.

Ulteriori accorgimenti riguardano ambiti specifici, come le sponsorizzazioni e la composizione delle Commissioni giudicatrici costituite in relazione a procedure di gara.

Nell'ambito della **sponsorizzazione di attività**, nei casi in cui la formazione dei professionisti sia sponsorizzata con fondi provenienti da imprese private, le aziende dovrebbero predisporre procedure che prevedano che le richieste di sponsorizzazione siano indirizzate direttamente alla struttura indicata dall'azienda (es. Direzione Sanitaria) e non ai singoli professionisti o a loro associazioni private e che tali richieste non siano mai nominative, dovendo essere l'azienda a indicare e autorizzare i dipendenti idonei a beneficiarne (in relazione al ruolo organizzativo o all'effettiva esigenza formativa).

Si raccomanda, inoltre, che le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni siano utilizzate attraverso l'istituzione di un fondo dedicato alla formazione dei professionisti, da gestire secondo criteri di rotazione, imparzialità e con modalità che garantiscano la piena trasparenza.

Per quanto riguarda, invece, la composizione delle Commissioni giudicatrici, si evidenzia l'opportunità che le aziende, nel rilasciare pareri, nulla osta o autorizzazioni allo svolgimento di attività *extra* impiego, valutino attentamente l'impatto di dette attività esterne sull'eventuale partecipazione a procedure di gara, soprattutto quando la sostituzione del professionista all'interno di una Commissione giudicatrice non sia agevole o quando la programmazione degli acquisti renda prevedibile il suo coinvolgimento futuro.

Con più specifico riferimento alle attività connesse all'affidamento dei contratti pubblici, la circostanza che i medici proponenti l'acquisto di materiali di consumo (come farmaci o protesi) siano anche i soggetti che impiegano tali beni nella pratica clinica – con un limitato margine di valutazione da parte di terzi, anche in considerazione dell'elevato contenuto tecnico dei prodotti – può dare luogo a prassi poco trasparenti che, oltre ad amplificare i rischi corruttivi, risultano anche lesive del principio di concorrenza:

- eccessivo ricorso ad **affidamenti diretti** e a procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando di gara;
- **insufficiente applicazione del principio di rotazione**;
- **frazionamenti artificiosi** degli appalti;
- ricorso a **procedure in deroga** dettate da situazioni di urgenza determinate da un'inadeguata programmazione degli acquisti.

Si è pertanto ritenuto di dover indicare misure di prevenzione specifiche per gli affidamenti di contratti pubblici in ambito sanitario:

a) l'esplicitazione delle **motivazioni** o delle **ragioni tecniche** sottese alla richiesta di acquisto di un determinato prodotto, con assunzione delle relative responsabilità;

b) una rigorosa applicazione del **principio di appropriatezza** nella valutazione in merito alla fungibilità o infungibilità dei prodotti;

c) l'utilizzo dei **prezzi di riferimento** dei beni e dei servizi a maggior impatto, al fine di ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore (d.l. 6 luglio 2011, n. 98[24], e d.l. 24 aprile 2014, n. 66[25]).

### 5.2) Onerosi servizi di manutenzione a fronte di forniture "scontate"

Risulta molto diffusa nel settore sanitario la prassi di acquistare macchinari a prezzo scontato ma con una contropartita nascosta, legata a onerosissimi servizi di manutenzione.

In questi casi dietro l'immediatezza del risparmio iniziale si cela un costo complessivo molto più elevato, che grava sui bilanci delle aziende sanitarie per anni e limita la loro capacità di programmare investimenti coerenti con i LEA.

ANAC ha richiamato più volte l'attenzione su tali pratiche, evidenziando come esse possano costituire una forma indiretta di elusione delle regole di concorrenza e trasparenza. Offerte caratterizzate da prezzi anomali o da ribassi eccessivi sui beni, compensati da servizi accessori a costi sproporzionati, alterano la parità competitiva e compromettono la valutazione dell'effettivo vantaggio economico per l'amministrazione. In più occasioni l'Autorità ha richiamato le stazioni appaltanti alla necessità di considerare il **costo del ciclo di vita** e non il solo prezzo di acquisto, proprio per evitare che la convenienza apparente si traduca in un aggravio di spesa nel medio-lungo periodo.

Oltre allo spreco di risorse pubbliche, tali pratiche generano un ulteriore effetto distorsivo: la **dipendenza tecnologica da un unico fornitore**. Quando la manutenzione è strutturata in modo da rendere di fatto insostituibile l'operatore economico che ha fornito l'apparecchiatura, l'amministrazione perde margini di scelta nelle gare successive, con un impatto diretto sulla concorrenza e sulla qualità delle prestazioni. Questa "cattura" del mercato, spesso favorita da contratti pluriennali scarsamente modulabili, limita la possibilità di aggiornare le tecnologie, ostacola l'ingresso di nuovi operatori e riduce la capacità delle strutture sanitarie di rispondere in modo flessibile ai bisogni assistenziali.

[24] Decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, "*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*", convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.
[25] Decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, "*Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale*", convertito con modificazioni dalla legge 23 giugno 2014, n. 89.

Per prevenire tali rischi, è necessario che le stazioni appaltanti adottino **criteri di valutazione** che tengano conto dell'intero ciclo di vita del bene, della trasparenza dei costi di manutenzione e della reale possibilità di sostituire il fornitore nel tempo. Occorre inoltre rafforzare la capacità tecnica delle amministrazioni nella **predisposizione dei capitolati**, evitando formulazioni che, anche involontariamente, favoriscano soluzioni proprietarie o vincoli tecnologici non giustificati. È essenziale prevenire il rischio di ***lock-in***, vale a dire la situazione in cui l'amministrazione rimane di fatto "imprigionata" all'interno di una soluzione tecnologica o contrattuale che non può più modificare senza costi eccessivi, interruzioni operative o complessità sproporzionate[26]. Una particolare attenzione va riservata anche alla **verifica dell'anomalia dell'offerta**, soprattutto quando il prezzo del bene risulta significativamente inferiore ai valori di mercato.

Queste misure non rispondono solo a un'esigenza di correttezza amministrativa: incidono direttamente sulla sostenibilità economica del sistema sanitario e sulla possibilità di garantire continuità, sicurezza e qualità delle prestazioni, elementi essenziali per il pieno raggiungimento dei LEA.

### 5.3) Quando la tecnologia modella i LEA: le piattaforme di telemedicina e sanità digitale

Negli ultimi anni, una quota crescente dei servizi di **telemedicina** e delle principali funzioni di **sanità digitale** – ormai indispensabili per garantire l'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza – viene progettata, gestita e resa operativa attraverso **piattaforme sviluppate da fornitori privati**.

Questa trasformazione, spesso percepita come un'evoluzione meramente tecnologica, incide invece sulla struttura stessa dell'assistenza sanitaria, perché sposta su infrastrutture digitali esterne alla pubblica amministrazione una parte cruciale dei processi che determinano l'accesso, la qualità e la continuità delle cure.

[26] Il *lock-in* si verifica quando la scelta iniziale di un fornitore, di una piattaforma o di un dispositivo genera dipendenze tecniche, economiche o organizzative tali da rendere estremamente oneroso – se non impossibile – il passaggio a un diverso operatore. Nel settore sanitario, ciò può tradursi in sistemi informativi non interoperabili, apparecchiature che richiedono esclusivamente manutenzione proprietaria, servizi digitali non sostituibili o contratti che vincolano l'ente per periodi troppo lunghi. Prevenire il *lock-in* significa, dunque, garantire che le amministrazioni mantengano la piena capacità di scelta, di aggiornamento tecnologico e di tutela dell'interesse pubblico, evitando che decisioni iniziali si trasformino in vincoli permanenti e in costi occulti.

Quando la progettazione e la gestione delle piattaforme di telemedicina e sanità digitale vengono affidate a soggetti privati, una parte decisiva della definizione dei livelli essenziali di assistenza si sposta dal dominio della decisione pubblica a quello, spesso opaco, delle scelte tecnologiche incorporate nei sistemi. La gara, lungi dall'essere un atto meramente tecnico, diventa il momento in cui si stabilisce quali prestazioni saranno realmente accessibili, con quali priorità, attraverso quali percorsi di presa in carico e con quale qualità della continuità assistenziale: perché è nella piattaforma che si determinano gli algoritmi di *triage*, le soglie di accesso, gli standard di interoperabilità, la trasparenza dei dati e la capacità stessa del servizio sanitario di monitorare l'erogazione dei LEA.

Se questi elementi non sono definiti con rigore dall'amministrazione, essi vengono di fatto decisi dal fornitore, trasformando l'architettura digitale in un luogo di selezione dei diritti e spostando una quota di sovranità sanitaria fuori dalle istituzioni. In questo senso, la piattaforma non è un semplice supporto operativo, ma un'infrastruttura che modella l'essenzialità delle cure, e la sua *governance* diventa parte integrante della garanzia dei LEA. Quando la stazione appaltante non è in grado di controllare pienamente l'algoritmo che governa la piattaforma, si determina il rischio di una delega, di fatto, di funzioni pubblicistiche a soggetti privati.

Conseguentemente, diventa imprescindibile investire in una **formazione mirata del personale della pubblica amministrazione** che progetta, gestisce e presidia queste procedure di gara, affinché capitolati tecnici e disciplinari di gara siano redatti con piena consapevolezza del loro impatto sui livelli essenziali di assistenza. Solo competenze tecniche solide e aggiornate permettono di **individuare con precisione i criteri** che definiscono gli standard di qualità delle prestazioni erogate, le soglie di accessibilità, la numerosità dei servizi garantiti, la continuità operativa e la trasparenza dei processi algoritmici. In assenza di questa capacità progettuale, il rischio è che elementi decisivi per l'effettività dei LEA vengano lasciati alla discrezionalità del fornitore, mentre una PA adeguatamente formata può esercitare pienamente il proprio ruolo di garante dell'interesse pubblico, assicurando che la tecnologia sia realmente al servizio dei diritti.

### 5.4) Il necessario investimento nella qualificazione delle centrali di committenza regionali

La piena attuazione dei LEA richiede non solo procedure di affidamento corrette e tempestive, ma anche un investimento strutturale e continuo nella **professionalizzazione dell'apparato pubblico**, a partire dal sistema di **qualificazione delle stazioni appaltanti** e delle **centrali di committenza**. Come sopra anticipato, la formazione del personale, la crescita delle competenze tecniche e la capacità di gestire processi complessi rappresentano oggi condizioni imprescindibili per garantire che gli acquisti pubblici nel settore sanitario siano efficienti, trasparenti e pienamente orientati alla tutela dell'interesse collettivo.

Il sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti e delle centrali di committenza (art. 63 e Allegato II.4, d.lgs. 36/2023 e s.m.i.) costituisce una delle innovazioni più significative del nuovo Codice dei contratti pubblici: una semplificazione organizzativa che si configura come un vero modello di riforma della Pubblica Amministrazione, un paradigma di razionalizzazione capace di incidere non solo sul settore degli appalti, ma potenzialmente esportabile anche in altri ambiti dell'azione amministrativa.

Questo sistema nasce dall'esigenza di superare un assetto nel quale, fino a pochi anni fa, tutti gli enti potevano svolgere qualsiasi procedura di gara, indipendentemente dalle loro dimensioni, competenze o dotazioni professionali. Si trattava di un modello dispersivo e inefficiente, che moltiplicava i centri di acquisto, aumentava i rischi di errore e rendeva difficile garantire uniformità e qualità nelle procedure. Oggi, invece, la capacità delle amministrazioni viene misurata: non è più sufficiente "poter fare" una gara, occorre dimostrare di avere le competenze, le risorse e l'organizzazione necessarie per farla bene. È un cambiamento culturale e organizzativo prima ancora che normativo. La qualificazione assicura che a svolgere le procedure siano solo gli enti dotati delle necessarie capacità tecniche e organizzative, mentre i soggetti più fragili possono appoggiarsi a stazioni appaltanti qualificate o a centrali di committenza in grado di operare per loro conto.

Venendo al settore sanitario, si deve innanzi tutto rilevare la persistenza di significativi **divari tra le centrali di committenza regionali**, che richiedono un investimento deciso nella loro professionalizzazione. In un Paese con sistemi sanitari regionali molto differenziati, non è realistico immaginare che ogni Regione possa disporre di competenze altamente

specialistiche in tutti i settori di acquisto. Per questo motivo, occorre creare le condizioni affinché le competenze possano essere **messe in rete sul territorio**, anche a livello **interregionale**. Alcune centrali di committenza potrebbero specializzarsi in specifici ambiti – ad esempio, tecnologie biomediche, farmaceutica, servizi digitali, edilizia sanitaria – mettendo a disposizione delle altre Regioni le proprie competenze, mentre potrebbero appoggiarsi ad altri soggetti qualificati per gli acquisti in settori diversi. Si creerebbe così un ecosistema cooperativo, nel quale le migliori pratiche maturate da una Regione possono essere trasferite alle altre, riducendo divari territoriali e innalzando la qualità complessiva del *procurement* sanitario.

Il nuovo Codice dei contratti pubblici, anche grazie all'impulso di ANAC, ha finalmente superato il limite territoriale che impediva alle centrali di committenza di operare al di fuori del proprio ambito regionale. Le centrali qualificate possono ora operare a livello nazionale e persino transfrontaliero, rendendo molto più semplice la costruzione di una rete di competenze interregionali. Questo cambiamento apre la strada a un sistema di *procurement* sanitario più integrato, più efficiente e più capace di valorizzare le eccellenze presenti sul territorio.

La possibilità di aggregare le centrali di committenza consente, inoltre, di realizzare significative **economie di scala**, aumentando la **forza negoziale** delle amministrazioni nei confronti dei fornitori, incluse le potenti multinazionali del farmaco. Aggregare la domanda significa ottenere condizioni economiche più favorevoli, maggiore qualità delle forniture e una più solida capacità di programmazione.

Questo processo virtuoso potrà essere promosso attraverso la **Conferenza Stato-Regioni** e la **Conferenza unificata**, che hanno dato prova di saper svolgere efficacemente il proprio ruolo di coordinamento istituzionale.

Il sistema di qualificazione ha già dimostrato di produrre risultati rilevanti nel settore dei contratti pubblici, con potenzialità particolarmente significative nel comparto sanitario, dove la complessità delle forniture, la delicatezza dei servizi e l'impatto diretto sulla tutela della salute richiedono competenze elevate e strutture organizzative solide. Proprio per questo, il modello della qualificazione potrebbe essere esteso anche al di fuori dell'ambito dei contratti pubblici, in particolare al sistema di **accreditamento**, dove la misurazione delle capacità organizzative, della qualità delle prestazioni e della solidità gestionale degli operatori privati

rappresenta un elemento essenziale per garantire continuità assistenziale, equità e sicurezza delle cure.

## 6) I servizi di fornitura di personale medico e infermieristico tramite operatori esterni (il fenomeno dei c.d. "*gettonisti*")

Accanto alle criticità legate alla digitalizzazione dei servizi sanitari, un ulteriore fenomeno incide in modo significativo sulla capacità del Servizio sanitario nazionale di garantire i livelli essenziali di assistenza: il ricorso crescente a personale medico e infermieristico fornito da operatori esterni, i c.d. *gettonisti*.

Questa pratica, nata come risposta emergenziale durante la pandemia, si è progressivamente consolidata anche negli anni successivi, trasformandosi da soluzione temporanea a **componente strutturale dell'organizzazione di molti reparti**. Il risultato è un sistema che, per far fronte alla carenza di organico, si affida a prestazioni acquistate sul mercato a costi elevati e con livelli di continuità assistenziale spesso insufficienti, con ricadute dirette sulla qualità delle cure e sulla sostenibilità del SSN.

Secondo i dati ANAC, nel 2025 il ricorso ai "gettonisti" da parte delle aziende e gli enti del Sistema Sanitario, anziché diminuire, è aumentato rispetto al 2024, con una domanda da 568 milioni di euro, in crescita nel complesso del +15% rispetto ai 496 milioni dell'anno precedente (e del +36% in termini di numerosità delle procedure, passate da 187 a 255), trainata principalmente dagli affidamenti per i "medici a gettone" nonostante una controtendenza per gli "infermieri a gettone".

L'esternalizzazione del personale sanitario produce effetti distorsivi sia sul mercato dei contratti pubblici sia sull'organizzazione interna delle strutture: da un lato, alimenta dinamiche inflattive nei prezzi, riducendo la capacità delle amministrazioni di programmare la spesa; dall'altro, compromette la continuità assistenziale, frammenta le *équipe* cliniche, indebolisce la trasmissione delle competenze e priva il SSN della possibilità di valorizzare il proprio capitale umano.

Il fenomeno incide direttamente anche sull'effettività dei LEA. L'alternanza di professionisti esterni, spesso impiegati per turni isolati e senza piena integrazione nei percorsi clinici, rende più difficile garantire standard uniformi di qualità, tempestività e sicurezza delle prestazioni. Inoltre, la dipendenza da fornitori esterni sottrae alle amministrazioni la capacità

di governare i processi organizzativi e di assicurare una programmazione coerente dei servizi, con il rischio di creare disuguaglianze territoriali e di compromettere la fiducia dei cittadini nel sistema pubblico.

Per queste ragioni, l'attività di monitoraggio e vigilanza svolta dall'Autorità – attraverso l'analisi dei dati, la pubblicazione dei rapporti e la collaborazione con il Ministero della Salute – rappresenta un presidio essenziale per riportare questa pratica entro limiti eccezionali e per favorire un ritorno a **modelli di reclutamento fondati su concorsi pubblici trasparenti, stabili e meritocratici**, in grado di garantire condizioni di lavoro adeguate e continuità assistenziale.

## 7) Conclusioni

Le analisi condotte mostrano con chiarezza che la piena attuazione dei livelli essenziali di assistenza non dipende soltanto dalla qualità clinica delle prestazioni, ma dalla solidità dell'intero ecosistema amministrativo che le rende possibili.

La trasparenza delle liste d'attesa, la correttezza dei percorsi di accreditamento, la progettazione dei contratti pubblici e la gestione del personale rappresentano, ciascuno, un tassello decisivo della capacità del SSN di garantire equità, tempestività e universalità delle cure. Dove questi presìdi si indeboliscono, i LEA cessano di essere un diritto esigibile e diventano una promessa disattesa.

L'emersione di nuove infrastrutture digitali, dalle piattaforme di telemedicina ai sistemi di gestione delle prenotazioni, rende ancora più evidente che la tecnologia è ormai parte integrante della definizione stessa dei LEA. La qualità dei servizi, pertanto, dipende anche dalla qualità delle piattaforme che li governano: criteri di accesso, priorità cliniche, continuità assistenziale e trasparenza dei dati sono oggi incorporati in architetture digitali che devono essere progettate e controllate con piena consapevolezza pubblica. Ogni arretramento della capacità amministrativa in questo ambito rischia di trasferire a soggetti privati una quota impropria di sovranità sanitaria.

Parallelamente, il ricorso crescente a personale medico e infermieristico esternalizzato – il fenomeno dei "gettonisti" – evidenzia come la fragilità organizzativa possa tradursi in costi elevati, discontinuità assistenziale e perdita di competenze interne. Anche questo incide direttamente sull'effettività dei LEA: un sistema che non riesce a garantire organici stabili e

adeguatamente valorizzati fatica a offrire prestazioni uniformi, sicure e tempestive, soprattutto nei territori più fragili.

Per affrontare queste sfide, occorre considerare il sistema nel suo insieme, adottando una visione unitaria e integrata delle politiche sanitarie. La qualità dell'assistenza non dipende da singoli interventi isolati, ma soprattutto dalla capacità di creare **sinergie**. Ciò richiede anche di superare una logica di spesa frammentata e orientata al breve periodo, per abbracciare invece una prospettiva di investimento sul **lungo periodo**. L'indagine conoscitiva in corso ha proprio il merito di offrire questo sguardo d'insieme, consentendo di cogliere le interdipendenze che attraversano il sistema e di orientare le scelte pubbliche verso una visione strategica e sostenibile della tutela della salute.

In conclusione, il raggiungimento dei LEA non può essere considerato un obiettivo settoriale, ma il risultato di una *governance* pubblica forte, trasparente e competente, capace di presidiare i processi amministrativi, le infrastrutture digitali, i contratti e le risorse umane. Rafforzare questi presìdi significa rafforzare la credibilità dello Stato e la fiducia dei cittadini, restituendo al SSN la capacità di svolgere, ovunque, il compito che la Costituzione gli assegna: garantire l'effettività del diritto alla salute.