

629.

Allegato A

DOCUMENTI ESAMINATI NEL CORSO DELLA SEDUTA COMUNICAZIONI ALL'ASSEMBLEA

INDICE

	PAG.		PAG.
Comunicazioni	3	Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di un documento)	6
Missioni valevoli nella seduta del 9 marzo 2026	3	Progetti di atti dell'Unione europea (Annunzio)	6
Progetti di legge (Annunzio; Assegnazione a Commissioni in sede referente)	3	Nomine ministeriali (Comunicazione)	7
Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di un documento)	3	Atti di controllo e di indirizzo	7
Corte dei conti (Trasmissione di documenti).	4	Mozioni Conte ed altri n. 1-00553, Conte ed altri n. 1-00553 (Nuova formulazione), Zannella ed altri n. 1-00554 e Malavasi ed altri n. 1-00555 concernenti iniziative volte alla celere riduzione delle liste di attesa nell'ambito del Servizio sanitario nazionale...	8
Documenti ministeriali (Trasmissione)	5	Mozioni	8
Dipartimento per gli affari europei della Presidenza del Consiglio dei ministri (Trasmissione di documenti)	5		

N. B. Questo allegato reca i documenti esaminati nel corso della seduta e le comunicazioni all'Assemblea non lette in aula.

PAGINA BIANCA

COMUNICAZIONI

**Missioni valesvoli nella seduta
del 9 marzo 2026.**

Albano, Ascani, Bagnai, Barbagallo, Barrelli, Battilocchio, Battistoni, Bellucci, Benvenuto, Bicchielli, Bignami, Bonetti, Boschi, Braga, Calderone, Cappellacci, Carloni, Cavandoli, Cecchetti, Centemero, Cirielli, Colosimo, Alessandro Colucci, Sergio Costa, D'Alessio, Della Vedova, Delmastro Delle Vedove, Donzelli, Fassino, Ferrante, Ferro, Foti, Frassinetti, Freni, Gardini, Gava, Gemmato, Giachetti, Giglio Vigna, Giorgetti, Guerini, Gusmeroli, Leo, Lollobrigida, Lupi, Magi, Mangialavori, Mazzi, Meloni, Michelotti, Minardo, Molinari, Molteni, Morrone, Onori, Pagano, Pichetto Fratin, Polidori, Prisco, Rampelli, Riccardo Ricciardi, Richetti, Rixi, Roccella, Romano, Rotelli, Scerra, Schullian, Siracusano, Sportiello, Tajani, Trancassini, Tremonti, Vaccari, Varchi, Vinci, Zoffili, Zucconi.

Annunzio di proposte di legge.

In data 6 marzo 2026 sono state presentate alla Presidenza le seguenti proposte di legge d'iniziativa dei deputati:

BARBAGALLO: « Agevolazione fiscale per gli interventi di incremento della sicurezza antisismica degli immobili adibiti ad abitazione principale nelle zone sismiche 1 e 2 delle province di Catania, Messina, Ragusa e Siracusa » (2832);

MALAVASI: « Istituzione della Giornata nazionale della maculopatia » (2833).

Saranno stampate e distribuite.

**Assegnazione di progetti di legge
a Commissioni in sede referente.**

A norma del comma 1 dell'articolo 72 del Regolamento, i seguenti progetti di legge sono assegnati, in sede referente, alle sottoidicate Commissioni permanenti:

I Commissione (Affari costituzionali):

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO: « Misure di integrazione sociale e strumenti di partecipazione dei cittadini stranieri » (2782) *Parere delle Commissioni V, VII, XI, XII e della Commissione parlamentare per le questioni regionali;*

VI Commissione (Finanze):

CENTEMERO ed altri: « Modifiche agli articoli 9 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e 5 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, in materia di determinazione del valore normale dei titoli non quotati ai fini dell'applicazione dell'imposta sui redditi e della disciplina della rivalutazione di partecipazioni » (2727) *Parere delle Commissioni I e V.*

**Trasmissione dal Sottosegretario di Stato alla
Presidenza del Consiglio dei ministri.**

Il Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, in qualità di Autorità delegata per la sicurezza della Repubblica, con lettera in data 3 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 38 della legge 3 agosto 2007, n. 124, la rela-

zione sulla politica dell'informazione per la sicurezza, riferita all'anno 2025 (Doc. XXXIII, n. 4).

Questa relazione è trasmessa alla I Commissione (Affari costituzionali).

Trasmissione dalla Corte dei conti.

Il Presidente aggiunto della Sezione del controllo sugli enti della Corte dei conti, con lettera in data 6 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, la determinazione e la relazione riferite al risultato del controllo eseguito sulla gestione finanziaria dell'Associazione nazionale fra lavoratori mutilati ed invalidi del lavoro (ANMIL), per gli esercizi 2022 e 2023, cui sono allegati i documenti rimessi dall'ente ai sensi dell'articolo 4, primo comma, della citata legge n. 259 del 1958 (Doc. XV, n. 534).

Questi documenti sono trasmessi alla V Commissione (Bilancio) e alla XII Commissione (Affari sociali).

Il Presidente della Corte dei conti, con lettera in data 6 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, la relazione, approvata dalle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte stessa con la deliberazione n. 9/2026 del 6 marzo 2026, sulla tipologia delle coperture adottate e sulle tecniche di quantificazione degli oneri relativamente alle leggi pubblicate nel quadrimestre settembre-dicembre 2025 (Doc. XLVIII, n. 11).

Questa relazione è trasmessa alla V Commissione (Bilancio).

Il Presidente della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei conti, con lettera in data 6 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, la deliberazione n. 22/2026 del 24 febbraio-3 marzo 2026, con la quale la Sezione stessa ha approvato il rapporto PNRR « *Citizen inclusion* – Mi-

glioramento dell'accessibilità dei servizi pubblici ».

Questo documento è trasmesso alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla V Commissione (Bilancio).

Il Presidente della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei conti, con lettera in data 6 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, la deliberazione n. 23/2026 del 24 febbraio-3 marzo 2026, con la quale la Sezione stessa ha approvato il rapporto PNRR « *Citizen experience* – Miglioramento della qualità e dell'usabilità dei servizi pubblici digitali ».

Questo documento è trasmesso alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla V Commissione (Bilancio).

Il Presidente della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei conti, con lettera in data 6 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, la deliberazione n. 24/2026 del 25 febbraio-3 marzo 2026, con la quale la Sezione stessa ha approvato il rapporto PNRR « *Rinaturazione dell'area del Po* ».

Questo documento è trasmesso alla V Commissione (Bilancio) e alla VIII Commissione (Ambiente).

Il Presidente della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei conti, con lettera in data 9 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, la deliberazione n. 25/2026 del 25 febbraio-3 marzo 2026, con la quale la Sezione stessa ha approvato il rapporto PNRR « *Innovazione digitale dei sistemi aeroportuali* ».

Questo documento è trasmesso alla V Commissione (Bilancio) e alla IX Commissione (Trasporti).

Il Presidente della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei conti, con lettera in data 9 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, la deliberazione n. 26/2026 del 25 febbraio-3 marzo 2026, con la quale la Sezione stessa ha approvato il rapporto PNRR «Potenziamento strutture di ricerca e creazione di “campioni nazionali” di R&S su alcune *Key Enabling Technologies* – Ministero dell'università e della ricerca».

Questo documento è trasmesso alla V Commissione (Bilancio), alla VII Commissione (Cultura) e alla X Commissione (Attività produttive).

Il Presidente della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato della Corte dei conti, con lettera in data 9 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, la deliberazione n. 27/2026 del 25 febbraio-4 marzo 2026, con la quale la Sezione stessa ha approvato il rapporto PNRR «Gli interventi su rinnovabili e batterie nel PNNR», ora ridenominato «Sostegno al sistema di produzione per la transizione ecologica, le tecnologie zero emissioni nette e la competitività e la resilienza delle catene di approvvigionamento strategiche».

Questo documento è trasmesso alla V Commissione (Bilancio), alla VIII Commissione (Ambiente) e alla X Commissione (Attività produttive).

Trasmissione dal Ministro della salute.

Il Ministro della salute, con lettera in data 6 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 16 della legge 22 maggio 1978, n. 194, la relazione – per la parte di sua competenza – sullo stato di attuazione della medesima legge n. 194 del 1978, concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, riferita all'anno 2023 (Doc. XXXVII, n. 3).

Questa relazione è trasmessa alla XII Commissione (Affari sociali).

Trasmissione dal Ministro per i rapporti con il Parlamento.

Il Ministro per i rapporti con il Parlamento, con lettera in data 6 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 25 febbraio 1999, n. 66, la relazione d'inchiesta dell'Agenzia nazionale per la sicurezza del volo concernente l'incidente occorso a un elicottero in località Punta Gnifetti (Verbano-Cusio-Ossola) il 16 marzo 2024.

Questo documento è trasmesso alla IX Commissione (Trasporti).

Trasmissione dal Dipartimento per gli affari europei della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il Dipartimento per gli affari europei della Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettere in data 5 e 6 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 6, commi 4 e 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 234, le seguenti relazioni concernenti progetti di atti dell'Unione europea, che sono trasmesse alle sottoindicate Commissioni:

relazione, predisposta dal Ministero dell'economia e delle finanze, in merito alla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2023/956 per quanto riguarda l'estensione del suo ambito di applicazione alle merci a valle e le misure antielusione (COM(2025) 989 final), accompagnata dalla tabella di corrispondenza tra le disposizioni della proposta e le norme nazionali vigenti – *alla VIII Commissione (Ambiente), alla X Commissione (Attività produttive) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

relazione, predisposta dal Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, in merito alla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2019/1753 per quanto riguarda le modifi-

che, adottate il 14 luglio 2025 dall'Assemblea dell'Unione di Lisbona, del regolamento di esecuzione comune nell'ambito dell'accordo di Lisbona sulle denominazioni di origine e le indicazioni geografiche (COM(2026) 69 final) – *alla X Commissione (Attività produttive) e alla XIII Commissione (Agricoltura)*;

relazione, predisposta dal Ministero dell'economia e delle finanze, in merito alla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2019/1238 sul prodotto pensionistico individuale paneuropeo (PEPP) (COM(2025) 840 final), accompagnata dalla tabella di corrispondenza tra le disposizioni della proposta e le norme nazionali vigenti – *alla XI Commissione (Lavoro) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*;

relazione, predisposta dal Ministero dell'economia e delle finanze, in merito alla proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica le direttive (UE) 2016/2341 e (UE) 2016/97 per quanto riguarda il rafforzamento del quadro per gli schemi pensionistici aziendali e professionali (COM(2025) 842 final), accompagnata dalla tabella di corrispondenza tra le disposizioni della proposta e le norme nazionali vigenti – *alla XI Commissione (Lavoro) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea)*.

Il Dipartimento per gli affari europei della Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 6 marzo 2026, ha trasmesso la seguente relazione concernente il seguito dato dal Governo agli indirizzi definiti dalle Camere in merito a progetti di atti dell'Unione europea o ad atti preordinati alla formulazione degli stessi:

relazione, predisposta dal Ministero dell'economia e delle finanze, concernente il seguito del parere motivato della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea) della Camera (atto Camera Doc XVIII-bis, n. 74) in merito alla proposta di direttiva del Consiglio relativa alla struttura e alle aliquote dell'accisa applicata al tabacco e ai prodotti correlati (rifusione)

(COM(2025) 580 final) e alla proposta di direttiva del Consiglio recante modifica della direttiva (UE) 2020/262 per quanto riguarda il regime generale delle accise sul tabacco e sui prodotti correlati (COM(2025) 581 final).

Questa relazione è trasmessa alla VI Commissione (Finanze) e alla XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea).

Trasmissione dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Il Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 6 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 1, comma 8-bis, del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 febbraio 2025, n. 15, la relazione sulle attività svolte e le spese sostenute dalla Cabina di regia per la crisi idrica, riferita all'anno 2025 (Doc. CCXXXVII, n. 2).

Questa relazione è trasmessa alla VIII Commissione (Ambiente).

Annunzio di progetti di atti dell'Unione europea.

La Commissione europea, in data 6 marzo 2026, ha trasmesso, in attuazione del Protocollo sul ruolo dei Parlamenti allegato al Trattato sull'Unione europea, i seguenti progetti di atti dell'Unione stessa, nonché atti preordinati alla formulazione degli stessi, che sono assegnati alle sottoindicate Commissioni, con il parere della XIV Commissione (Politiche dell'Unione europea):

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo a norma dell'articolo 294, paragrafo 6, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea riguardante la posizione del Consiglio sulla proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio sulla contabilizzazione delle emis-

sioni di gas a effetto serra dei servizi di trasporto (*CountEmissions EU*) (COM(2026) 121 final), che è assegnata in sede primaria alla VIII Commissione (Ambiente);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo a norma dell'articolo 294, paragrafo 6, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea riguardante la posizione del Consiglio sull'adozione di una direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2014/59/UE per quanto riguarda le misure di intervento precoce, le condizioni per la risoluzione e il finanziamento dell'azione di risoluzione e la direttiva 2014/24/UE per quanto riguarda i servizi di valutazione nel quadro della risoluzione (COM(2026) 123 final), che è assegnata in sede primaria alla VI Commissione (Finanze);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo a norma dell'articolo 294, paragrafo 6, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea riguardante la posizione del Consiglio sull'adozione di una direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica la direttiva 2014/49/UE per quanto riguarda l'ambito di applicazione della protezione dei depositi, l'uso dei fondi dei sistemi di garanzia dei depositi, la cooperazione transfrontaliera e la trasparenza (COM(2026) 124 final), che è assegnata in sede primaria alla VI Commissione (Finanze);

Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo a norma dell'articolo 294, paragrafo 6, del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea riguardante la posizione del Consiglio sull'adozione di un regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento

(UE) n. 806/2014 per quanto riguarda le misure di intervento precoce, le condizioni per la risoluzione e il finanziamento dell'azione di risoluzione (COM(2026) 125 final), che è assegnata in sede primaria alla VI Commissione (Finanze);

Decisione di esecuzione della Commissione del 4.3.2026 relativa alla richiesta di registrazione dell'iniziativa dei cittadini europei dal titolo « *Social network* pubblico europeo » a norma del regolamento (UE) 2019/788 del Parlamento europeo e del Consiglio (C(2026) 1492 final), che è assegnata in sede primaria alla IX Commissione (Trasporti).

Comunicazioni di nomine ministeriali.

La Presidenza del Consiglio dei ministri, con lettera in data 5 marzo 2026, ha trasmesso, ai sensi dell'articolo 19, comma 9, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, la comunicazione concernente il conferimento alla dottoressa Barbara Filippi, ai sensi dei commi 4 e 10 del medesimo articolo 19, dell'incarico di funzione dirigenziale di livello generale di consulenza, studio e ricerca, nell'ambito del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze.

Questa comunicazione è trasmessa alla I Commissione (Affari costituzionali) e alla V Commissione (Bilancio).

Atti di controllo e di indirizzo.

Gli atti di controllo e di indirizzo presentati sono pubblicati nell'*Allegato B* al resoconto della seduta odierna.

MOZIONI CONTE ED ALTRI N. 1-00553, CONTE ED ALTRI N. 1-00553 (NUOVA FORMULAZIONE), ZANELLA ED ALTRI N. 1-00554 E MALAVASI ED ALTRI N. 1-00555 CONCERNENTI INIZIATIVE VOLTE ALLA CELLERE RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Mozioni

La Camera,

premessi che:

1) il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, non è una enunciazione programmatica né una variabile subordinata agli equilibri di finanza pubblica, ma un diritto fondamentale e incompressibile, che condiziona e orienta l'azione dello Stato, come ribadito dalla Corte costituzionale prima nella sentenza n. 275 del 2016 e più recentemente nella sentenza n. 195 del 2024, secondo cui è la garanzia dei diritti a incidere sul bilancio e non viceversa;

2) il Servizio sanitario nazionale, nato come strumento di uguaglianza sostanziale e di coesione sociale, è stato progressivamente svuotato con politiche di sottofinanziamento, regionalizzazione spinta, aziendalizzazione estrema e crescente privatizzazione, che hanno trasformato un modello universalistico in un sistema sempre più frammentato, diseguale e permeabile alle logiche di mercato;

3) la crisi del Ssn non è frutto del caso ma di scelte politiche precise: tagli lineari, blocco del *turn over*, precarizzazione del lavoro sanitario, espansione incontrollata del privato accreditato e della sanità integrativa, rinuncia a una *governance* pubblica forte e trasparente;

4) la crisi strutturale delle liste di attesa non può essere dunque compresa né affrontata senza riconoscere il progressivo definanziamento del Servizio sanitario nazionale registrato negli ultimi quindici anni, che ha determinato una riduzione della spesa sanitaria in rapporto al Pil, una compressione delle risorse correnti e un mancato adeguamento del finanziamento al mutato quadro demografico ed epidemiologico del Paese;

5) in termini reali, al netto dell'inflazione e dell'aumento dei costi energetici, tecnologici e contrattuali, come confermato anche dalla Corte dei conti in occasione della inaugurazione dell'anno giudiziario del 24 febbraio 2026, il finanziamento del Ssn ha subito una progressiva erosione del proprio potere d'acquisto, mentre la domanda di salute è cresciuta per effetto dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle cronicità e delle innovazioni terapeutiche; ciò ha determinato uno squilibrio strutturale tra bisogni assistenziali e capacità di risposta del sistema pubblico;

6) la spesa sanitaria italiana in rapporto al Pil si colloca stabilmente al di sotto della media dei principali Paesi europei, e la componente di spesa privata «*out of pocket*» sostenuta direttamente dalle famiglie ha raggiunto livelli sempre più elevati, segnalando un arretramento della copertura pubblica e un trasferimento silenzioso di oneri economici sui cittadini;

7) il definanziamento si è tradotto concretamente nel blocco del *turn over*, nella riduzione dei posti letto, nella mancata sostituzione del personale andato in pensione, nel sottoinvestimento nella medicina territoriale e nella diagnostica pubblica, generando colli di bottiglia organizzativi che si riflettono direttamente nell'allungamento delle liste di attesa;

8) non si è trattato di una dinamica inevitabile, ma di scelte politiche reiterate nel tempo, che hanno subordinato il diritto costituzionale alla salute a vincoli contabili e obiettivi di finanza pubblica, in aperta tensione con il succitato principio affermato dalla Corte costituzionale secondo cui è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio e non viceversa;

9) le liste di attesa rappresentano pertanto non soltanto un problema organizzativo, ma la manifestazione più evidente di un sottofinanziamento strutturale che ha progressivamente indebolito la capacità del Servizio sanitario nazionale di garantire universalità, equità e tempestività delle cure;

10) le liste di attesa rappresentano oggi il punto di rottura più evidente di questo processo: non un disservizio tecnico, non un problema contingente legato alla pandemia, ma la manifestazione strutturale di un sistema che ha smarrito la propria missione costituzionale;

11) nella Relazione presentata, il 24 febbraio 2026, all'inaugurazione dell'anno giudiziario, la Procura generale della Corte dei conti ha confermato nuovamente le criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale, rimarcando come « le osservazioni che si erano formulate con riguardo all'anno 2024 troverebbero, quindi, piena conferma nell'analisi che voglia prendere ad oggetto il 2025 »;

12) proprio con riguardo alle predette osservazioni per l'anno 2024, vale la pena ricordare la requisitoria lucida e severa del Procuratore generale presso la Corte dei conti, Pio Silvestri, incentrata soprattutto sullo stato di salute, drammaticamente critico, del nostro sistema sani-

tario pubblico; proprio in tale requisitoria è stata denunciata, con parole nette, l'insostenibilità del modello attuale e la necessità di rimettere al centro il diritto alla salute e il ruolo del personale sanitario, ribadendo un concetto indispensabile: « La tutela del fondamentale diritto alla salute rimane centrale per definire il parametro di civiltà di un Paese »; la medesima Corte, richiamando anch'essa la succitata giurisprudenza costituzionale, ha ricordato che, una volta stabilite le garanzie minime, il diritto alla salute « non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali », perché « è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione »;

13) proprio le liste d'attesa, secondo la Corte dei conti, sono il simbolo di una sanità che non regge parlando, senza mezzi termini, di un « fenomeno vergognoso, per un Paese civile », che mina l'universalità e l'equità del sistema sanitario; e anche oggi, nel 2026, la medesima Corte ribadisce come rimanga centrale il nodo delle liste di attesa, affermando che: « il tema delle liste di attesa e dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie continua a rappresentare un ambito di particolare attenzione per il Servizio sanitario nazionale » e le dinamiche osservate « si inseriscono in un contesto caratterizzato da elementi strutturali che incidono sulla capacità del sistema di garantire un'erogazione tempestiva e omogenea delle prestazioni sul territorio, con possibili riflessi sui principi di universalità ed equità dell'accesso alle cure »;

14) i dati diffusi da diversi organismi e osservatori della sanità evidenziano come per diverse prestazioni traccianti — tra cui risonanza magnetica, Tac, visite cardiologiche, oculistiche e ortopediche — persistano scostamenti significativi tra tempi dichiarati e tempi effettivi di erogazione, con un marcato divario Nord-Sud e una crescente mobilità sanitaria interregionale;

15) milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali vengono ogni anno erogate oltre i tempi massimi stabiliti dal Piano nazionale di Governo delle liste di

attesa, determinando un incremento delle rinunce alle cure per motivi economici o per lunghezza delle attese, fenomeno certificato anche dai dati Istat sulla rinuncia alle prestazioni sanitarie;

16) i dati ufficiali sulla libera professione intramuraria (*intramoenia*), pubblicati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), attestano che il volume complessivo delle prestazioni rese in regime *intramoenia* e i relativi introiti economici ammontano a centinaia di milioni di euro ogni anno, con un andamento stabile o in crescita in diverse regioni, mentre parallelamente si registrano criticità nel rispetto dei tempi di attesa nel canale istituzionale; le relazioni annuali di Agenas sull'attività libero-professionale segnalano inoltre che in alcune realtà territoriali la quota di prestazioni *intramoenia* rispetto al totale delle medesime prestazioni erogate nel pubblico raggiunge percentuali significative, alimentando di fatto un doppio canale di accesso alle cure;

17) in numerose aziende sanitarie si rileva una sproporzione tra i tempi di erogazione delle medesime prestazioni nel regime ordinario e nel regime *intramoenia*, con differenze che possono arrivare a diverse settimane o mesi, generando una evidente distorsione nell'accesso equo, alle cure;

18) a diciotto mesi dalla conversione in legge del decreto sulle liste di attesa (decreto-legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107 del 2024), la situazione descritta dalla Fondazione Gimbe è netta: non si registrano benefici concreti per i cittadini e, nonostante gli annunci e le dichiarazioni istituzionali, l'annunciata riforma non ha ancora prodotto risultati tangibili nella riduzione dei tempi di attesa per visite ed esami;

19) nel 2025 la Piattaforma nazionale delle liste di attesa ha raccolto i dati relativi a 57,8 milioni di prestazioni erogate: 24,2 milioni di prime visite specialistiche e 33,6 milioni di esami diagnostici; si tratta di numeri imponenti, che fotografano la dimensione del problema; tuttavia,

secondo Gimbe, la piattaforma allo stato attuale non è realmente utile per i cittadini, poiché i dati sono presentati solo in forma aggregata nazionale, senza distinguere tra regioni, aziende sanitarie, strutture pubbliche e private accreditate, né tra prestazioni erogate in regime ordinario e in *intramoenia*; in altre parole, non è possibile capire dove si concentrano i ritardi, quali territori sono più in difficoltà e per quali prestazioni si registrano le maggiori criticità;

20) a riguardo, vale la pena ricordare come già con l'interrogazione n. 3-02232 del 7 ottobre 2025, a prima firma della collega Ricciardi Marianna, siano stati richiesti i necessari chiarimenti sull'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, proprio rilevando che la stessa non solo non fornisce contezza dei dati in tempo reale e dei tempi di attesa divisi per regione, per azienda sanitaria locale e per singola struttura ma, soprattutto e incredibilmente, fornisce la misurazione dei tempi di attesa sulla base della unificazione delle prenotazioni dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale, calcolando il tempo di attesa delle prestazioni istituzionali includendovi anche quelle in *intramoenia*, non consentendo di confrontare i tempi di attesa dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale; alla domanda chiara di consentire ai cittadini di conoscere quali siano i reali tempi di attesa per le prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, attraverso la rilevazione distinta dei tempi di attesa delle prenotazioni presso il servizio pubblico e istituzionale e delle prestazioni in regime libero professionale *intramoenia*, le risposte fornite dal Ministro della salute sono state totalmente elusive e insoddisfacenti;

21) Gimbe, aggiunge a ciò anche un problema metodologico: il rispetto dei tempi di attesa viene comunicato attraverso indicatori tecnici (mediane e quartili) che risultano difficilmente comprensibili ai cittadini e che, escludendo il 25 per cento delle attese più lunghe, rischiano di attenuare la percezione reale delle criticità; non viene inoltre fornita l'informazione più semplice e rilevante: quale percentuale di prestazioni viene effettivamente erogata en-

tro i tempi massimi previsti per ciascuna classe di priorità;

22) l'analisi di alcune prestazioni ad alto volume, come la prima visita oculistica e l'ecografia dell'addome completo, mostra un quadro in chiaroscuro; in media circa la metà dei pazienti riesce a ottenere la prestazione entro i tempi garantiti, ma almeno un paziente su quattro supera sistematicamente i limiti massimi, con attese che per le prestazioni programmabili possono arrivare a diversi mesi; esiste dunque una « coda invisibile » di cittadini che resta intrappolata in tempi eccessivi, spesso costretta a pagare di tasca propria o a rinunciare alla prestazione;

23) il problema delle liste di attesa si intreccia inevitabilmente con il tema dell'*intramoenia*; la Piattaforma include infatti le prestazioni erogate in *intramoenia* nel totale complessivo delle prenotazioni, ma le esclude dal calcolo degli indicatori sui tempi di attesa; analizzando la differenza tra questi dati, Gimbe stima che circa il 30 per cento delle prestazioni venga erogato in regime *intramoenia*, cioè a pagamento all'interno delle strutture pubbliche; una quota significativa che suggerisce come una parte rilevante della domanda sanitaria venga soddisfatta fuori dal canale ordinario del Ssn, con evidenti implicazioni in termini di equità;

24) anche il comportamento dei cittadini evidenzia criticità poiché solo il 39,9 per cento accetta la prima disponibilità proposta dal Cup per gli esami diagnostici e appena il 34,9 per cento per le visite specialistiche; tuttavia, la piattaforma non chiarisce le ragioni di questa bassa accettazione, che possono essere legate a tempi troppo lunghi, sedi distanti o orari incompatibili; è un dato che, comunque lo si interpreti, segnala un sistema che fatica a rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone; il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva rappresenta una delle distorsioni del Servizio sanitario nazionale, incidendo in modo significativo sia sulla sostenibilità economica del sistema sia sull'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate; numerosi studi e rilevazioni di

società scientifiche stimano che una quota compresa tra il 25 e il 40 per cento delle prestazioni sanitarie, in particolare esami diagnostici ad alta tecnologia, venga prescritta non per reale necessità clinica ma con finalità meramente cautelative, al fine di prevenire possibili contenziosi medico-legali; la Società italiana di radiologia medica ha stimato che, nell'ambito della diagnostica per immagini, la componente riconducibile a medicina difensiva possa raggiungere percentuali prossime al 40 per cento;

25) tale fenomeno produce un effetto moltiplicatore sulle liste di attesa, saturando agende e risorse con prestazioni inappropriate o a basso valore clinico, sottraendo tempo e capacità produttiva a pazienti che necessitano realmente di accertamenti tempestivi; la medicina difensiva non solo aggrava i tempi di accesso, ma altera il rapporto fiduciario tra medico e paziente, trasformando l'atto clinico in un atto di autotutela giuridica; senza un intervento legislativo organico sulla responsabilità sanitaria, ogni strategia di riduzione delle liste di attesa rischia di rimanere parziale, poiché non affronta una delle cause strutturali dell'iperprescrizione e dell'inappropriatezza;

26) la qualità, l'efficienza e l'equità del Servizio sanitario nazionale dipendono in modo determinante dalla solidità e dall'autonomia della dirigenza sanitaria, la quale, per mandato costituzionale e per assetto ordinamentale, deve operare nel rispetto dei principi di imparzialità, buon andamento e trasparenza di cui all'articolo 97 della Costituzione;

27) l'attuale sistema di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi delle aziende sanitarie e ospedaliere, pur formalmente regolato da elenchi nazionali e procedure comparative, continua a presentare margini significativi di discrezionalità politica, indebolendo di fatto l'autonomia tecnico-gestionale e subordinando le scelte organizzative a logiche di appartenenza o di consenso;

28) la commistione tra indirizzo politico e gestione amministrativa produce

effetti distorsivi diretti anche sul governo delle liste di attesa, sulla programmazione dei fabbisogni, sulla gestione delle agende e sul rapporto con il privato accreditato, generando opacità decisionale, discontinuità gestionale e talvolta una scarsa assunzione di responsabilità rispetto ai risultati;

29) una *governance* sanitaria realmente orientata al diritto alla salute richiede una netta distinzione tra chi definisce gli obiettivi strategici e chi è chiamato a realizzarli, con criteri rigorosi di selezione, valutazione e revoca dei dirigenti fondati su competenza, merito, risultati misurabili e indipendenza, e non su equilibri politici contingenti; il rafforzamento dell'autonomia e della responsabilità della dirigenza sanitaria costituisce pertanto una condizione imprescindibile per restituire efficienza, trasparenza e credibilità al Servizio sanitario nazionale;

30) sul piano normativo, poi, il decreto «liste di attesa» non è ancora pienamente attuato: al 1° febbraio 2026 risultano adottati solo quattro dei sei decreti attuativi previsti; mancano ancora quello sulla definizione della metodologia per il fabbisogno di personale del Ssn (elemento cruciale anche per il superamento del tetto di spesa sul personale) e quello sulle linee guida nazionali per la gestione delle disdette e l'ottimizzazione delle agende Cup; questi ritardi incidono direttamente sulla possibilità di intervenire in modo strutturale sulle cause organizzative delle liste di attesa;

31) nel frattempo, i dati Istat confermano che nel 2024 5,8 milioni di persone hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, mentre la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie continua a crescere; in questo contesto, il decreto sulle liste di attesa appare, secondo Gimbe, ancora lontano dal produrre gli effetti annunciati; il ritardo è dunque duplice: normativo, per la mancata adozione dei decreti attuativi, e tecnologico, per una piattaforma che non garantisce trasparenza e leggibilità dei dati;

32) il problema delle liste di attesa, che non può essere affrontato con misure

parziali o strumenti incompleti, riflette criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale: carenza di personale, organizzazione frammentata, domanda in parte inappropriata, digitalizzazione incompleta ed è evidente che senza interventi strutturali e investimenti adeguati, il rischio è che la riforma resti sulla carta, mentre sempre più cittadini si trovano a pagare di tasca propria o a rinunciare alle cure, con un impatto diretto sul diritto alla salute e sulla tenuta stessa del sistema sanitario pubblico;

33) la stessa analisi di Gimbe ha sottolineato l'opacità persistente dei dati, la non omogeneità delle rilevazioni regionali, l'assenza di una piattaforma nazionale realmente trasparente e confrontabile, e la totale inadeguatezza dei meccanismi sanzionatori nei confronti delle regioni e delle aziende sanitarie inadempienti;

34) il predetto decreto-legge sulle liste di attesa nell'auspicio di abbattere le liste di attesa intendeva delineare un nuovo sistema di monitoraggio più efficace e strumenti di controllo che dovrebbero vedere in prima linea le regioni e il Ministero della salute con un organismo che ha titolo ad accedere presso le aziende, in caso di inadempienza; inoltre, presso ciascuna regione dovrebbe essere identificato un Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (Ruas) che deve individuare gli interventi utili a correggere le problematiche emerse a seguito dei controlli dell'organismo; tuttavia, a tutt'oggi questo nuovo sistema di monitoraggio non risulta effettivamente operativo;

35) una recente inchiesta giornalistica pubblicata sul *Corriere della Sera*, il *DataRoom* di Milena Gabanelli, ha offerto un quadro sulle liste di attesa ancora più allarmante: agende chiuse, tempi ufficiali non corrispondenti a quelli reali, prenotazioni dirottate verso il regime *intramoenia* o verso il privato, disomogeneità territoriali abissali, utilizzo distorto delle priorità cliniche, con un sistema che, di fatto, scarica sui cittadini l'onere di aggirare l'inefficienza pagando di tasca propria;

36) l'inchiesta parte da un dato che colpisce subito: in Italia ogni anno circa 10 miliardi di euro vengono spesi dai cittadini di tasca propria per visite ed esami sanitari invece di essere erogati gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale (Ssn); questo fenomeno non è casuale, ma il frutto di un sistema che crea e alimenta un flusso di denaro enorme attorno alle liste di attesa, alle prestazioni private e alla commistione tra pubblico e privato;

37) secondo i documenti riservati esaminati durante l'inchiesta, siamo di fronte a una struttura a doppio binario che produce effetti paradossali rispetto agli obiettivi dichiarati dalle leggi: da una parte lo Stato e il Ssn dovrebbero garantire prestazioni in tempi certi a tutti i cittadini; dall'altra, però, esiste una forte spinta interna al sistema sanitario verso la medicina a pagamento, che attrae risorse, professionisti e pazienti proprio perché le liste di attesa nel canale pubblico restano lunghe e difficili da gestire;

38) per legge la libera professione *intramoenia*, cioè l'attività privata svolta dai medici all'interno o per conto di strutture pubbliche, non dovrebbe superare quella istituzionale erogata dal Ssn; proprio per evitare che chi lavora in pubblico dedichi più tempo e risorse all'attività a pagamento piuttosto che a quella gratuita prevista per legge; tuttavia, dai documenti emerge che in molti casi questa regola viene largamente aggirata: in alcune strutture le prestazioni *intramoenia* rappresentano quote altissime dell'attività complessiva;

39) l'inchiesta offre esempi concreti: in diverse grandi strutture ospedaliere italiane alcuni esami diagnostici vengono erogati in regime di libera professione in percentuali vicine o superiori al 90 per cento, nonostante la normativa vigente intenda limitare questa pratica; allo stesso modo, per visite specialistiche in strutture pubbliche di riferimento, quote significative di accessi per prestazioni come cardiologia o neurologia risultano svolte privatamente;

40) il meccanismo che il *reportage* denuncia è duplice: da un lato il Ssn, in-

capace di soddisfare la domanda di prestazioni in tempi brevi, vede allungarsi costantemente le liste di attesa; ciò spinge i pazienti ad accedere a visite ed esami a pagamento, spesso all'interno della stessa struttura pubblica o tramite medici che operano anche privatamente; l'accesso al canale privato diventa così non solo una scelta economica del paziente, ma una via per aggirare le liste e arrivare prima a una prestazione;

41) dall'altro lato, gli ospedali privati accreditati, che ricevono una parte significativa dei loro ricavi dal Ssn, orientano sempre più il loro modello di attività verso le prestazioni più remunerative e a pagamento, utilizzando anche medici provenienti dal pubblico; in questo modo il sistema sanitario, pur basandosi su fondi pubblici, finisce per alimentare un mercato privato all'interno delle stesse strutture che dovrebbero erogare servizi universali;

42) l'inchiesta racconta poi due casi emblematici; il primo riguarda l'istituto Rizzoli di Bologna, uno dei centri ortopedici più importanti al mondo: i suoi medici svolgono attività privata distribuita capillarmente in numerose città italiane, andando a «catturare» pazienti anche fuori regione; questo fenomeno crea una situazione in cui migliaia di interventi e visite attraggono utenti provenienti da fuori dal bacino di utenza previsto, contribuendo ad aumentare le liste di attesa per i residenti dell'Emilia-Romagna e di altre aree; il secondo caso riguarda l'Humanitas a Milano, ospedale privato accreditato con un fatturato molto elevato, in cui la crescita dell'attività privata supera quella convenzionata; qui una parte consistente di medici che operano anche in pubblico lavora per strutture completamente private, creando legami di *business* che amplificano la commistione tra pubblico e privato e riducono ulteriormente l'efficacia del canale pubblico;

43) secondo l'inchiesta, tale commistione non è un effetto collaterale, ma il risultato di un quadro normativo e organizzativo che non riesce a governare l'evoluzione del sistema sanitario; le leggi esi-

stenti, come il decreto legislativo n. 229 del 1999 (che regola l'*intramoenia*) e le norme recenti sulle liste d'attesa, non sono state sufficienti a prevenire che il sistema si trasformasse in una « macchina da soldi »; in pratica, si profila uno scenario in cui abbattere le liste di attesa non conviene a nessuno, perché la lentezza dell'offerta pubblica alimenta i flussi di prestazioni a pagamento e genera profitti per soggetti privati e professionisti, a discapito dell'universalità e dell'equità assistenziale;

44) l'inchiesta si conclude con un amaro paradosso: il cittadino italiano si trova spesso davanti a due alternative, entrambe svantaggiose; se sceglie di aspettare nel circuito pubblico, rischia tempi di attesa lunghissimi; se paga di tasca propria, alimenta un mercato che contribuisce a mantenere inefficiente il sistema pubblico e che, alla fine, può ritardare ancor di più l'accesso alle prestazioni gratuite; il risultato è un circolo vizioso che trasforma la sanità in un grande affare economico più che in un servizio pubblico universalistico, con conseguenze pesanti per l'attuazione del diritto alla salute;

45) non si tratta di episodi isolati, purtroppo, ma di un modello che rischia di istituzionalizzare la doppia corsia: da un lato il pubblico sottofinanziato, lento, opaco; dall'altro il privato rapido e costoso, alimentato dalla stessa carenza strutturale del pubblico;

46) nel corso della presente legislatura, il gruppo del Movimento 5 Stelle ha presentato numerose interrogazioni parlamentari per denunciare la mancata pubblicazione integrale delle agende, l'assenza di monitoraggio in tempo reale, l'inefficacia dei piani regionali, il conflitto di interessi strutturale derivante dall'*intramoenia* e la carenza di personale sanitario; interrogazioni che hanno ricevuto risposte evasive, generiche, prive di un cronoprogramma vincolante;

47) l'elusività e l'inerzia di questo Governo nel risolvere il grave problema delle liste di attesa sono d'altronde evincibili, oltretutto da provvedimenti inattuati,

anche dalla mancata approvazione e/o aggiornamento del nuovo Piano nazionale di Governo delle liste di attesa, scaduto nel 2021, talché permane la vigenza del Pngla 2019-2021, siglato con Intesa Stato-regioni a febbraio 2019 dall'allora Governo Conte I;

48) le liste di attesa producono un effetto devastante in termini di disuguaglianza sociale: chi ha risorse economiche accede alle cure in tempi brevi, chi non le ha è costretto ad attendere o a rinunciare; ciò determina un sistema classista, in aperta violazione del principio di uguaglianza sostanziale di cui all'articolo 3 della Costituzione;

49) le rinunce alle cure per motivi economici o per tempi di attesa eccessivi sono in aumento, e colpiscono soprattutto le fasce più fragili della popolazione: anziani, lavoratori precari, famiglie monoredito, persone con disabilità e malattie croniche;

50) la regionalizzazione, in assenza di una regia nazionale forte, ha prodotto una sanità a ventuno velocità, nella quale il luogo di residenza determina tempi di accesso, qualità delle prestazioni e probabilità di sopravvivenza; ciò costituisce una frattura intollerabile dell'unità sostanziale della Repubblica;

51) la mancata riforma del Titolo V della Costituzione continua ad alimentare disuguaglianze, conflitti di competenza e scaricabarile istituzionale, con un Governo che spesso si limita a richiamare le regioni senza esercitare fino in fondo i poteri sostitutivi previsti dall'ordinamento;

52) la carenza strutturale di personale sanitario, aggravata da anni di blocco delle assunzioni e da salari non competitivi rispetto agli standard europei, è una delle cause principali dell'allungamento delle liste, insieme a una programmazione inadeguata dei fabbisogni formativi e professionali;

53) il sistema di accreditamento del privato, così come attualmente configurato, ha favorito una progressiva esternalizza-

zione delle prestazioni più remunerative, lasciando al pubblico il carico delle urgenze, delle cronicità e delle fragilità, con un drenaggio di risorse e professionalità;

54) l'*intramoenia*, lungi dall'essere una soluzione transitoria, si è trasformata in un meccanismo strutturale che alimenta conflitti di interesse e incentiva indirettamente il mantenimento di liste di attesa elevate nel canale istituzionale;

55) non sia più tollerabile che, a fronte di annunci mediatici e piani straordinari, i decreti attuativi restino nei cassetti dei ministeri, mentre i cittadini attendono mesi per una mammografia, una risonanza magnetica, una visita cardiologica o oncologica;

56) non sia più accettabile che i dati ufficiali non siano pienamente trasparenti, comparabili e verificabili, impedendo al Parlamento e ai cittadini di esercitare un controllo democratico effettivo;

57) non sia più giustificabile che la spesa sanitaria venga compressa in nome di vincoli contabili, quando la salute rappresenta un investimento con effetti moltiplicativi sull'economia e sulla coesione sociale;

58) non sia più ammissibile che la spesa sanitaria sia sacrificata a dispetto delle enormi e spropositate risorse destinate invece al riarmo;

59) non sia più rinviabile una riforma strutturale che restituisca centralità al servizio pubblico, valorizzi il lavoro sanitario e garantisca uniformità dei diritti su tutto il territorio nazionale;

60) le liste di attesa non sono un accidente amministrativo ma il sintomo di un tradimento politico del dettato costituzionale;

61) la salute non è una merce, non è un privilegio per chi può pagare, non è un capitolo residuale di bilancio ma è il fondamento della Repubblica;

62) ogni giorno di inerzia, ogni decreto non emanato, ogni agenda chiusa è

una responsabilità politica precisa, che il nostro Paese non può più tollerare,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare con estrema urgenza, tutti i decreti attuativi ancora mancanti del decreto-legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107 del 2024, con particolare riferimento a quello relativo alla metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del Servizio sanitario nazionale e a quello concernente le linee guida nazionali per la gestione delle agende e delle disdette, assumendosi la responsabilità politica di eventuali ulteriori ritardi e trasmettendo alle Camere una relazione dettagliata sullo stato di attuazione della riforma, corredata da cronoprogramma vincolante;
- 2) a rendere pienamente operativa e trasparente la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, garantendo la pubblicazione in formato aperto, accessibile e comprensibile dei dati disaggregati per regione, azienda sanitaria, struttura erogatrice, tipologia di prestazione e classe di priorità, distinguendo in modo netto e non aggregato tra attività istituzionale e attività libero-professionale *intramoenia*, affinché cittadini, Parlamento e organi di controllo possano verificare in tempo reale l'effettivo rispetto dei tempi massimi previsti dal Pngla;
- 3) ad assumere iniziative di competenza, anche normative, volte a modificare radicalmente gli indicatori di monitoraggio dei tempi di attesa, superando l'uso esclusivo di mediane e quartili e introducendo l'obbligo di pubblicazione della percentuale effettiva di prestazioni erogate entro i tempi massimi previsti per ciascuna classe di priorità, nonché della quota di cittadini che supera tali limiti, al fine di eliminare ogni opacità metodologica e ogni possibile rappresentazione edulcorata del fenomeno;
- 4) ad esercitare pienamente i poteri sostitutivi previsti dell'ordinamento nei con-

- fronti delle regioni inadempienti, qualora si riscontrino reiterate violazioni dei tempi massimi di erogazione o gravi carenze organizzative, assumendo iniziative normative per prevedere meccanismi sanzionatori effettivi, inclusa la sospensione o rimodulazione delle quote di finanziamento aggiuntivo, e valutando la sussistenza dei presupposti per la nomina di commissari nei casi di perdurante inadempienza;
- 5) ad adottare iniziative normative, con carattere di urgenza, per una riforma organica e strutturale della disciplina della libera professione intramuraria, fondata sul principio inderogabile della prevalenza assoluta dell'attività istituzionale rispetto a quella libero-professionale, stabilendo che, per ciascun professionista e per ciascuna unità operativa, il volume delle prestazioni erogate e il valore economico generato dall'attività *intramoenia* non possano in alcun caso superare quelli dell'attività resa in regime ordinario a carico del Servizio sanitario nazionale;
- 6) ad assumere iniziative di carattere normativo volte a prevedere che il principio inderogabile della prevalenza assoluta dell'attività istituzionale rispetto a quella libero-professionale non sia meramente dichiarativo ma sia accompagnato da strumenti cogenti di controllo, imponendo la piena tracciabilità e pubblicazione in tempo reale delle agende, dei tempi di attesa distinti tra canale istituzionale e libero-professionale, dei volumi di attività e dei relativi introiti, in formato aperto e accessibile, introducendo a tal fine un sistema di verifiche periodiche obbligatorie a cura di Agenas e del Ministero della salute, con obbligo di trasmissione dei dati al Parlamento;
- 7) ad adottare iniziative normative al fine di stabilire un regime sanzionatorio automatico e progressivo in caso di violazione dei limiti fissati per l'*intramoenia*, comprendente la sospensione temporanea dell'autorizzazione all'esercizio dell'*intramoenia*, la decadenza dagli incarichi di responsabilità, la riduzione della retribuzione di risultato e, nei casi reiterati o particolarmente gravi, la revoca definitiva dell'autorizzazione;
- 8) ad assumere iniziative normative al fine di vietare espressamente qualsiasi forma di chiusura arbitraria delle agende istituzionali in presenza di disponibilità per l'attività libero-professionale, configurando tale condotta come grave inadempimento disciplinare e gestionale;
- 9) a garantire che l'*intramoenia* torni a essere uno strumento residuale e regolato, e non un canale strutturalmente concorrente e sostitutivo dell'attività pubblica, adottando iniziative volte a eliminare ogni incentivo economico o organizzativo che possa determinare conflitti di interesse o distorsioni nell'accesso equo alle cure;
- 10) ad avviare, in parallelo e in modo non meramente esplorativo ma concreto, una valutazione finalizzata ad assumere iniziative normative per il progressivo superamento dell'istituto dell'*intramoenia* quale modalità ordinaria di esercizio della libera professione all'interno delle strutture pubbliche, nella consapevolezza che l'attuale assetto rischia di istituzionalizzare un sistema a doppia corsia incompatibile con il principio di uguaglianza sostanziale di cui all'articolo 3 della Costituzione, predisponendo, a tal fine, un piano pluriennale di riallineamento delle retribuzioni del personale medico e sanitario agli standard europei, attraverso un significativo incremento della componente stipendiale fissa e non accessoria, riducendo la dipendenza economica dalla libera professione;
- 11) a garantire condizioni di lavoro dignitose, carichi sostenibili, dotazioni organiche adeguate e percorsi di carriera trasparenti, affinché l'attrattività del servizio pubblico non sia legata alla possibilità di integrare il reddito mediante prestazioni a pagamento; a presentare alle Camere, entro un ter-

- mine definito, una relazione tecnico-economica che quantifichi l'impatto finanziario, organizzativo e sociale del superamento dell'*intramoenia*, indicando le coperture necessarie e le modalità attuative; a riaffermare, in definitiva, che il diritto alla salute non può essere subordinato alla capacità di spesa del cittadino e che la piena valorizzazione del lavoro sanitario deve avvenire attraverso una remunerazione equa e pubblicamente garantita, non attraverso la strutturazione di un mercato interno alla sanità pubblica;
- 12) ad assumere iniziative normative volte a introdurre l'obbligo di pubblicazione integrale e tempestiva delle agende di prenotazione, vietando la chiusura arbitraria delle stesse e garantendo che ogni prestazione, prescritta trovi sempre una prima disponibilità prenotabile;
- 13) ad adottare iniziative anche di carattere normativo al fine di varare un piano straordinario pluriennale di assunzioni e stabilizzazioni del personale sanitario, superando definitivamente il tetto di spesa per il personale e adeguando le dotazioni organiche agli standard europei, con particolare attenzione alle specialità maggiormente coinvolte nelle liste di attesa, alla medicina territoriale e ai servizi diagnostici, riconoscendo che la riduzione strutturale dei tempi di attesa non può prescindere da un investimento massiccio sul capitale umano;
- 14) ad assumere iniziative normative volte a rivedere il sistema di accreditamento e remunerazione del privato convenzionato, subordinando il rinnovo degli accreditamenti e dei *budget* alla dimostrazione di un contributo effettivo alla riduzione delle liste di attesa nel canale istituzionale, impedendo che risorse pubbliche finanzino prioritariamente prestazioni più remunerative o attività che alimentano la competizione con il servizio pubblico anziché la sua integrazione;
- 15) a predisporre un nuovo Piano nazionale di Governo delle liste di attesa, aggiornato al mutato contesto epidemiologico e demografico, in continuità con il Pngla 2019-2021, definendo obiettivi quantitativi vincolanti, indicatori omogenei su scala nazionale, strumenti di controllo indipendenti e una *governance* centrale forte, capace di garantire uniformità dei diritti su tutto il territorio nazionale;
- 16) ad adottare le iniziative normative necessarie finalizzate a delineare una revisione organica della disciplina della responsabilità professionale sanitaria, volta a ridurre in modo significativo il ricorso alla medicina difensiva, anche attraverso l'introduzione di meccanismi deflattivi del contenzioso quali procedure obbligatorie di conciliazione e strumenti di risoluzione alternativa delle controversie ed un programma nazionale per l'appropriatezza prescrittiva, con monitoraggio sistematico delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza nonché attraverso la rimozione dei fattori che alimentano l'iperprescrizione e la distorsione difensiva dell'atto medico;
- 17) ad adottare iniziative normative volte a rafforzare in modo strutturale la separazione tra indirizzo politico e gestione amministrativa nel Servizio sanitario nazionale, prevedendo procedure di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi pienamente trasparenti, basate su criteri oggettivi di competenza ed esperienza, con commissioni di valutazione indipendenti, istituzione di graduatorie pubbliche e nazionali e verbalizzazione pubblica dei punteggi attribuiti; a introdurre contratti di mandato fondati su obiettivi misurabili, con particolare riferimento alla riduzione delle liste di attesa, al rispetto dei tempi massimi di erogazione e alla trasparenza dei dati; a garantire sistemi di valutazione periodica realmente indipendenti e consequenziali in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, evitando revoche arbitrarie legate

a mutamenti politici; a rafforzare le incompatibilità e i presidi anticorruzione nei rapporti con il privato accreditato; a promuovere una cultura della responsabilità gestionale orientata ai risultati e alla tutela effettiva del diritto alla salute, nella consapevolezza che solo una dirigenza autonoma, competente e valutata su basi oggettive può assicurare un governo efficiente, imparziale e uniforme del sistema sanitario su tutto il territorio nazionale;

- 18) ad assumere iniziative normative al fine di istituire una relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione del diritto alla tempestività delle cure, contenente dati certificati, comparazioni territoriali, analisi delle criticità e indicazione delle misure correttive adottate, affinché il controllo democratico su un diritto fondamentale non sia episodico ma strutturale e continuo;
- 19) a promuovere iniziative normative, anche di rango costituzionale, per una riforma organica della *governance* sanitaria nazionale, anche attraverso una revisione del quadro costituzionale e del Titolo V, volta a rafforzare la regia unitaria dello Stato nella definizione dei livelli essenziali di assistenza e nella garanzia uniforme dei tempi di accesso alle prestazioni, ponendo fine alla frammentazione che ha prodotto una sanità diseguale e territorialmente discriminatoria;
- 20) ad assumere iniziative volte a trasferire le risorse destinate al riarmo per destinare risorse aggiuntive e strutturali al Fondo sanitario nazionale, sottraendo la spesa sanitaria alla logica dei meri vincoli contabili e riconoscendola come investimento strategico per la crescita, la coesione sociale e la tutela dei diritti fondamentali, nella consapevolezza che ogni euro sottratto alla sanità pubblica si traduce

in maggiori disuguaglianze, maggiore spesa privata e indebolimento del patto costituzionale.

(1-00553) « Conte, Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro, Riccardo Ricciardi, Auriemma, Ilaria Fontana, Alifano, Santillo ».

La Camera,

premesso che:

1) il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, non è una enunciazione programmatica né una variabile subordinata agli equilibri di finanza pubblica, ma un diritto fondamentale e incompressibile, che condiziona e orienta l'azione dello Stato, come ribadito dalla Corte costituzionale prima nella sentenza n. 275 del 2016 e più recentemente nella sentenza n. 195 del 2024, secondo cui è la garanzia dei diritti a incidere sul bilancio e non viceversa;

2) il Servizio sanitario nazionale, nato come strumento di uguaglianza sostanziale e di coesione sociale, è stato progressivamente svuotato con politiche di sottofinanziamento, regionalizzazione spinta, aziendalizzazione estrema e crescente privatizzazione, che hanno trasformato un modello universalistico in un sistema sempre più frammentato, diseguale e permeabile alle logiche di mercato;

3) la crisi del Ssn non è frutto del caso ma di scelte politiche precise: tagli lineari, blocco del *turn over*, precarizzazione del lavoro sanitario, espansione incontrollata del privato accreditato e della sanità integrativa, rinuncia a una *governance* pubblica forte e trasparente;

4) la crisi strutturale delle liste di attesa non può essere dunque compresa né affrontata senza riconoscere il progressivo definanziamento del Servizio sanitario nazionale registrato negli ultimi quindici anni, che ha determinato una riduzione della spesa sanitaria in rapporto al Pil, una compressione delle risorse correnti e un mancato adeguamento del finanziamento al mu-

tato quadro demografico ed epidemiologico del Paese;

5) in termini reali, al netto dell'inflazione e dell'aumento dei costi energetici, tecnologici e contrattuali, come confermato anche dalla Corte dei conti in occasione della inaugurazione dell'anno giudiziario del 24 febbraio 2026, il finanziamento del Ssn ha subito una progressiva erosione del proprio potere d'acquisto, mentre la domanda di salute è cresciuta per effetto dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle cronicità e delle innovazioni terapeutiche; ciò ha determinato uno squilibrio strutturale tra bisogni assistenziali e capacità di risposta del sistema pubblico;

6) la spesa sanitaria italiana in rapporto al Pil si colloca stabilmente al di sotto della media dei principali Paesi europei, e la componente di spesa privata «*out of pocket*» sostenuta direttamente dalle famiglie ha raggiunto livelli sempre più elevati, segnalando un arretramento della copertura pubblica e un trasferimento silenzioso di oneri economici sui cittadini;

7) il definanziamento si è tradotto concretamente nel blocco del *turn over*, nella riduzione dei posti letto, nella mancata sostituzione del personale andato in pensione, nel sottoinvestimento nella medicina territoriale e nella diagnostica pubblica, generando colli di bottiglia organizzativi che si riflettono direttamente nell'allungamento delle liste di attesa;

8) non si è trattato di una dinamica inevitabile, ma di scelte politiche reiterate nel tempo, che hanno subordinato il diritto costituzionale alla salute a vincoli contabili e obiettivi di finanza pubblica, in aperta tensione con il succitato principio affermato dalla Corte costituzionale secondo cui è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio e non viceversa;

9) le liste di attesa rappresentano pertanto non soltanto un problema organizzativo, ma la manifestazione più evidente di un sottofinanziamento strutturale che ha progressivamente indebolito la capacità del Servizio sanitario nazionale di

garantire universalità, equità e tempestività delle cure;

10) le liste di attesa rappresentano oggi il punto di rottura più evidente di questo processo: non un disservizio tecnico, non un problema contingente legato alla pandemia, ma la manifestazione strutturale di un sistema che ha smarrito la propria missione costituzionale;

11) una componente fondamentale della strategia di rafforzamento del Servizio sanitario nazionale e di riduzione strutturale delle liste di attesa era rappresentata dagli investimenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, in particolare nell'ambito della missione 6 dedicata alla salute, che ha previsto un profondo potenziamento della medicina territoriale, attraverso la realizzazione delle case della comunità, degli ospedali di comunità, delle centrali operative territoriali, e il rafforzamento dell'assistenza domiciliare; tali interventi erano stati concepiti proprio per ridurre la pressione impropria sugli ospedali e sulla specialistica ambulatoriale, intercettando precocemente i bisogni di salute, migliorando la presa in carico delle cronicità e garantendo un accesso più diffuso e tempestivo ai servizi sanitari di prossimità;

12) tuttavia, l'attuazione di numerosi interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza nel settore sanitario sta registrando ritardi significativi, sia nella realizzazione delle infrastrutture che nell'organizzazione dei modelli assistenziali e nel reclutamento del personale necessario al loro funzionamento, con il rischio concreto che tali strutture restino incompiute o prive delle risorse umane indispensabili; questi ritardi compromettono la capacità del sistema sanitario di spostare una parte rilevante della domanda assistenziale dal livello ospedaliero a quello territoriale e finiscono inevitabilmente per aggravare il problema delle liste di attesa per visite ed esami specialistici;

13) nella Relazione presentata, il 24 febbraio 2026, all'inaugurazione dell'anno giudiziario, la Procura generale della Corte

dei conti ha confermato nuovamente le criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale, rimarcando come «le osservazioni che si erano formulate con riguardo all'anno 2024 troverebbero, quindi, piena conferma nell'analisi che voglia prendere ad oggetto il 2025»;

14) proprio con riguardo alle predette osservazioni per l'anno 2024, vale la pena ricordare la requisitoria lucida e severa del Procuratore generale presso la Corte dei conti, Pio Silvestri, incentrata soprattutto sullo stato di salute, drammaticamente critico, del nostro sistema sanitario pubblico; proprio in tale requisitoria è stata denunciata, con parole nette, l'insostenibilità del modello attuale e la necessità di rimettere al centro il diritto alla salute e il ruolo del personale sanitario, ribadendo un concetto indispensabile: «La tutela del fondamentale diritto alla salute rimane centrale per definire il parametro di civiltà di un Paese»; la medesima Corte, richiamando anch'essa la succitata giurisprudenza costituzionale, ha ricordato che, una volta stabilite le garanzie minime, il diritto alla salute «non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali», perché «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»;

15) proprio le liste d'attesa, secondo la Corte dei conti, sono il simbolo di una sanità che non regge parlando, senza mezzi termini, di un «fenomeno vergognoso, per un Paese civile», che mina l'universalità e l'equità del sistema sanitario; e anche oggi, nel 2026, la medesima Corte ribadisce come rimanga centrale il nodo delle liste di attesa, affermando che: «il tema delle liste di attesa e dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie continua a rappresentare un ambito di particolare attenzione per il Servizio sanitario nazionale» e le dinamiche osservate «si inseriscono in un contesto caratterizzato da elementi strutturali che incidono sulla capacità del sistema di garantire un'erogazione tempestiva e omogenea delle prestazioni sul territorio, con possibili riflessi sui principi di universalità ed equità dell'accesso alle cure»;

16) i dati diffusi da diversi organismi e osservatori della sanità evidenziano come per diverse prestazioni traccianti — tra cui risonanza magnetica, Tac, visite cardiologiche, oculistiche e ortopediche — persistano scostamenti significativi tra tempi dichiarati e tempi effettivi di erogazione, con un marcato divario Nord-Sud e una crescente mobilità sanitaria interregionale;

17) milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali vengono ogni anno erogate oltre i tempi massimi stabiliti dal Piano nazionale di Governo delle liste di attesa, determinando un incremento delle rinunce alle cure per motivi economici o per lunghezza delle attese, fenomeno certificato anche dai dati Istat sulla rinuncia alle prestazioni sanitarie;

18) i dati ufficiali sulla libera professione intramuraria (*intramoenia*), pubblicati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), attestano che il volume complessivo delle prestazioni rese in regime *intramoenia* e i relativi introiti economici ammontano a centinaia di milioni di euro ogni anno, con un andamento stabile o in crescita in diverse regioni, mentre parallelamente si registrano criticità nel rispetto dei tempi di attesa nel canale istituzionale; le relazioni annuali di Agenas sull'attività libero-professionale segnalano inoltre che in alcune realtà territoriali la quota di prestazioni *intramoenia* rispetto al totale delle medesime prestazioni erogate nel pubblico raggiunge percentuali significative, alimentando di fatto un doppio canale di accesso alle cure;

19) in numerose aziende sanitarie si rileva una sproporzione tra i tempi di erogazione delle medesime prestazioni nel regime ordinario e nel regime *intramoenia*, con differenze che possono arrivare a diverse settimane o mesi, generando una evidente distorsione nell'accesso equo, alle cure;

20) a diciotto mesi dalla conversione in legge del decreto sulle liste di attesa (decreto-legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107 del 2024), la situazione descritta dalla Fondazione Gimbe è netta: non si registrano

benefici concreti per i cittadini e, nonostante gli annunci e le dichiarazioni istituzionali, l'annunciata riforma non ha ancora prodotto risultati tangibili nella riduzione dei tempi di attesa per visite ed esami;

21) nel 2025 la Piattaforma nazionale delle liste di attesa ha raccolto i dati relativi a 57,8 milioni di prestazioni erogate: 24,2 milioni di prime visite specialistiche e 33,6 milioni di esami diagnostici; si tratta di numeri imponenti, che fotografano la dimensione del problema; tuttavia, secondo Gimbe, la piattaforma allo stato attuale non è realmente utile per i cittadini, poiché i dati sono presentati solo in forma aggregata nazionale, senza distinguere tra regioni, aziende sanitarie, strutture pubbliche e private accreditate, né tra prestazioni erogate in regime ordinario e in *intramoenia*; in altre parole, non è possibile capire dove si concentrano i ritardi, quali territori sono più in difficoltà e per quali prestazioni si registrano le maggiori criticità;

22) a riguardo, vale la pena ricordare come già con l'interrogazione n. 3-02232 del 7 ottobre 2025, a prima firma della collega Ricciardi Marianna, siano stati richiesti i necessari chiarimenti sull'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, proprio rilevando che la stessa non solo non fornisce contezza dei dati in tempo reale e dei tempi di attesa divisi per regione, per azienda sanitaria locale e per singola struttura ma, soprattutto e incredibilmente, fornisce la misurazione dei tempi di attesa sulla base della unificazione delle prenotazioni dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale, calcolando il tempo di attesa delle prestazioni istituzionali includendovi anche quelle in *intramoenia*, non consentendo di confrontare i tempi di attesa dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale; alla domanda chiara di consentire ai cittadini di conoscere quali siano i reali tempi di attesa per le prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, attraverso la rilevazione distinta dei tempi di attesa delle prenotazioni presso il servizio pubblico e istituzionale e delle prestazioni in regime libero professionale *intramoenia*, le risposte fornite dal Ministro

della salute sono state totalmente elusive e insoddisfacenti;

23) Gimbe, aggiunge a ciò anche un problema metodologico: il rispetto dei tempi di attesa viene comunicato attraverso indicatori tecnici (mediane e quartili) che risultano difficilmente comprensibili ai cittadini e che, escludendo il 25 per cento delle attese più lunghe, rischiano di attenuare la percezione reale delle criticità; non viene inoltre fornita l'informazione più semplice e rilevante: quale percentuale di prestazioni viene effettivamente erogata entro i tempi massimi previsti per ciascuna classe di priorità;

24) l'analisi di alcune prestazioni ad alto volume, come la prima visita oculistica e l'ecografia dell'addome completo, mostra un quadro in chiaroscuro; in media circa la metà dei pazienti riesce a ottenere la prestazione entro i tempi garantiti, ma almeno un paziente su quattro supera sistematicamente i limiti massimi, con attese che per le prestazioni programmabili possono arrivare a diversi mesi; esiste dunque una « coda invisibile » di cittadini che resta intrappolata in tempi eccessivi, spesso costretta a pagare di tasca propria o a rinunciare alla prestazione;

25) il problema delle liste di attesa si intreccia inevitabilmente con il tema dell'*intramoenia*; la Piattaforma include infatti le prestazioni erogate in *intramoenia* nel totale complessivo delle prenotazioni, ma le esclude dal calcolo degli indicatori sui tempi di attesa; analizzando la differenza tra questi dati, Gimbe stima che circa il 30 per cento delle prestazioni venga erogato in regime *intramoenia*, cioè a pagamento all'interno delle strutture pubbliche; una quota significativa che suggerisce come una parte rilevante della domanda sanitaria venga soddisfatta fuori dal canale ordinario del Ssn, con evidenti implicazioni in termini di equità;

26) anche il comportamento dei cittadini evidenzia criticità poiché solo il 39,9 per cento accetta la prima disponibilità proposta dal Cup per gli esami diagnostici e appena il 34,9 per cento per le visite

specialistiche; tuttavia, la piattaforma non chiarisce le ragioni di questa bassa accettazione, che possono essere legate a tempi troppo lunghi, sedi distanti o orari incompatibili; è un dato che, comunque lo si interpreti, segnala un sistema che fatica a rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone; il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva rappresenta una delle distorsioni del Servizio sanitario nazionale, incidendo in modo significativo sia sulla sostenibilità economica del sistema sia sull'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate; numerosi studi e rilevazioni di società scientifiche stimano che una quota compresa tra il 25 e il 40 per cento delle prestazioni sanitarie, in particolare esami diagnostici ad alta tecnologia, venga prescritta non per reale necessità clinica ma con finalità meramente cautelative, al fine di prevenire possibili contenziosi medico-legali; la Società italiana di radiologia medica ha stimato che, nell'ambito della diagnostica per immagini, la componente riconducibile a medicina difensiva possa raggiungere percentuali prossime al 40 per cento;

27) tale fenomeno produce un effetto moltiplicatore sulle liste di attesa, saturando agende e risorse con prestazioni inappropriate o a basso valore clinico, sottraendo tempo e capacità produttiva a pazienti che necessitano realmente di accertamenti tempestivi; la medicina difensiva non solo aggrava i tempi di accesso, ma altera il rapporto fiduciario tra medico e paziente, trasformando l'atto clinico in un atto di autotutela giuridica; senza un intervento legislativo organico sulla responsabilità sanitaria, ogni strategia di riduzione delle liste di attesa rischia di rimanere parziale, poiché non affronta una delle cause strutturali dell'iperprescrizione e dell'inappropriatezza;

28) la qualità, l'efficienza e l'equità del Servizio sanitario nazionale dipendono in modo determinante dalla solidità e dall'autonomia della dirigenza sanitaria, la quale, per mandato costituzionale e per assetto ordinamentale, deve operare nel rispetto dei principi di imparzialità, buon

andamento e trasparenza di cui all'articolo 97 della Costituzione;

29) l'attuale sistema di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi delle aziende sanitarie e ospedaliere, pur formalmente regolato da elenchi nazionali e procedure comparative, continua a presentare margini significativi di discrezionalità politica, indebolendo di fatto l'autonomia tecnico-gestionale e subordinando le scelte organizzative a logiche di appartenenza o di consenso;

30) la commistione tra indirizzo politico e gestione amministrativa produce effetti distorsivi diretti anche sul governo delle liste di attesa, sulla programmazione dei fabbisogni, sulla gestione delle agende e sul rapporto con il privato accreditato, generando opacità decisionale, discontinuità gestionale e talvolta una scarsa assunzione di responsabilità rispetto ai risultati;

31) una *governance* sanitaria realmente orientata al diritto alla salute richiede una netta distinzione tra chi definisce gli obiettivi strategici e chi è chiamato a realizzarli, con criteri rigorosi di selezione, valutazione e revoca dei dirigenti fondati su competenza, merito, risultati misurabili e indipendenza, e non su equilibri politici contingenti; il rafforzamento dell'autonomia e della responsabilità della dirigenza sanitaria costituisce pertanto una condizione imprescindibile per restituire efficienza, trasparenza e credibilità al Servizio sanitario nazionale;

32) sul piano normativo, poi, il decreto «liste di attesa» non è ancora pienamente attuato: al 1° febbraio 2026 risultano adottati solo quattro dei sei decreti attuativi previsti; mancano ancora quello sulla definizione della metodologia per il fabbisogno di personale del Ssn (elemento cruciale anche per il superamento del tetto di spesa sul personale) e quello sulle linee guida nazionali per la gestione delle disdette e l'ottimizzazione delle agende Cup; questi ritardi incidono direttamente sulla possibilità di intervenire in modo strutturale sulle cause organizzative delle liste di attesa;

33) nel frattempo, i dati Istat confermano che nel 2024 5,8 milioni di persone hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria, mentre la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie continua a crescere; in questo contesto, il decreto sulle liste di attesa appare, secondo Gimbe, ancora lontano dal produrre gli effetti annunciati; il ritardo è dunque duplice: normativo, per la mancata adozione dei decreti attuativi, e tecnologico, per una piattaforma che non garantisce trasparenza e leggibilità dei dati;

34) il problema delle liste di attesa, che non può essere affrontato con misure parziali o strumenti incompleti, riflette criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale: carenza di personale, organizzazione frammentata, domanda in parte inappropriata, digitalizzazione incompleta ed è evidente che senza interventi strutturali e investimenti adeguati, il rischio è che la riforma resti sulla carta, mentre sempre più cittadini si trovano a pagare di tasca propria o a rinunciare alle cure, con un impatto diretto sul diritto alla salute e sulla tenuta stessa del sistema sanitario pubblico;

35) la stessa analisi di Gimbe ha sottolineato l'opacità persistente dei dati, la non omogeneità delle rilevazioni regionali, l'assenza di una piattaforma nazionale realmente trasparente e confrontabile, e la totale inadeguatezza dei meccanismi sanzionatori nei confronti delle regioni e delle aziende sanitarie inadempienti;

36) il predetto decreto-legge sulle liste di attesa nell'auspicio di abbattere le liste di attesa intendeva delineare un nuovo sistema di monitoraggio più efficace e strumenti di controllo che dovrebbero vedere in prima linea le regioni e il Ministero della salute con un organismo che ha titolo ad accedere presso le aziende, in caso di inadempienza; inoltre, presso ciascuna regione dovrebbe essere identificato un Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria (Ruas) che deve individuare gli interventi utili a correggere le problematiche emerse a seguito dei controlli dell'organismo; tuttavia, a tutt'oggi questo nuovo

sistema di monitoraggio non risulta effettivamente operativo;

37) una recente inchiesta giornalistica pubblicata sul *Corriere della Sera*, il *DataRoom* di Milena Gabanelli, ha offerto un quadro sulle liste di attesa ancora più allarmante: agende chiuse, tempi ufficiali non corrispondenti a quelli reali, prenotazioni dirottate verso il regime *intramoenia* o verso il privato, disomogeneità territoriali abissali, utilizzo distorto delle priorità cliniche, con un sistema che, di fatto, scarica sui cittadini l'onere di aggirare l'inefficienza pagando di tasca propria;

38) l'inchiesta parte da un dato che colpisce subito: in Italia ogni anno circa 10 miliardi di euro vengono spesi dai cittadini di tasca propria per visite ed esami sanitari invece di essere erogati gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale (Ssn); questo fenomeno non è casuale, ma il frutto di un sistema che crea e alimenta un flusso di denaro enorme attorno alle liste di attesa, alle prestazioni private e alla commistione tra pubblico e privato;

39) secondo i documenti riservati esaminati durante l'inchiesta, siamo di fronte a una struttura a doppio binario che produce effetti paradossali rispetto agli obiettivi dichiarati dalle leggi: da una parte lo Stato e il Ssn dovrebbero garantire prestazioni in tempi certi a tutti i cittadini; dall'altra, però, esiste una forte spinta interna al sistema sanitario verso la medicina a pagamento, che attrae risorse, professionisti e pazienti proprio perché le liste di attesa nel canale pubblico restano lunghe e difficili da gestire;

40) per legge la libera professione *intramoenia*, cioè l'attività privata svolta dai medici all'interno o per conto di strutture pubbliche, non dovrebbe superare quella istituzionale erogata dal Ssn; proprio per evitare che chi lavora in pubblico dedichi più tempo e risorse all'attività a pagamento piuttosto che a quella gratuita prevista per legge; tuttavia, dai documenti emerge che in molti casi questa regola viene largamente aggirata: in alcune strutture le prestazioni *intramoenia* rappresen-

tano quote altissime dell'attività complessiva;

41) l'inchiesta offre esempi concreti: in diverse grandi strutture ospedaliere italiane alcuni esami diagnostici vengono erogati in regime di libera professione in percentuali vicine o superiori al 90 per cento, nonostante la normativa vigente intenda limitare questa pratica; allo stesso modo, per visite specialistiche in strutture pubbliche di riferimento, quote significative di accessi per prestazioni come cardiologia o neurologia risultano svolte privatamente;

42) il meccanismo che il *reportage* denuncia è duplice: da un lato il Ssn, incapace di soddisfare la domanda di prestazioni in tempi brevi, vede allungarsi costantemente le liste di attesa; ciò spinge i pazienti ad accedere a visite ed esami a pagamento, spesso all'interno della stessa struttura pubblica o tramite medici che operano anche privatamente; l'accesso al canale privato diventa così non solo una scelta economica del paziente, ma una via per aggirare le liste e arrivare prima a una prestazione;

43) dall'altro lato, gli ospedali privati accreditati, che ricevono una parte significativa dei loro ricavi dal Ssn, orientano sempre più il loro modello di attività verso le prestazioni più remunerative e a pagamento, utilizzando anche medici provenienti dal pubblico; in questo modo il sistema sanitario, pur basandosi su fondi pubblici, finisce per alimentare un mercato privato all'interno delle stesse strutture che dovrebbero erogare servizi universali;

44) l'inchiesta racconta poi due casi emblematici; il primo riguarda l'istituto Rizzoli di Bologna, uno dei centri ortopedici più importanti al mondo: i suoi medici svolgono attività privata distribuita capillarmente in numerose città italiane, andando a «catturare» pazienti anche fuori regione; questo fenomeno crea una situazione in cui migliaia di interventi e visite attraggono utenti provenienti da fuori dal bacino di utenza previsto, contribuendo ad aumentare le liste di attesa per i residenti dell'Emilia-Romagna e di altre aree; il se-

condo caso riguarda l'Humanitas a Milano, ospedale privato accreditato con un fatturato molto elevato, in cui la crescita dell'attività privata supera quella convenzionata; qui una parte consistente di medici che operano anche in pubblico lavora per strutture completamente private, creando legami di *business* che amplificano la commistione tra pubblico e privato e riducono ulteriormente l'efficacia del canale pubblico;

45) secondo l'inchiesta, tale commistione non è un effetto collaterale, ma il risultato di un quadro normativo e organizzativo che non riesce a governare l'evoluzione del sistema sanitario; le leggi esistenti, come il decreto legislativo n. 229 del 1999 (che regola l'*intramoenia*) e le norme recenti sulle liste d'attesa, non sono state sufficienti a prevenire che il sistema si trasformasse in una «macchina da soldi»; in pratica, si profila uno scenario in cui abbattere le liste di attesa non conviene a nessuno, perché la lentezza dell'offerta pubblica alimenta i flussi di prestazioni a pagamento e genera profitti per soggetti privati e professionisti, a discapito dell'universalità e dell'equità assistenziale;

46) l'inchiesta si conclude con un amaro paradosso: il cittadino italiano si trova spesso davanti a due alternative, entrambe svantaggiose; se sceglie di aspettare nel circuito pubblico, rischia tempi di attesa lunghissimi; se paga di tasca propria, alimenta un mercato che contribuisce a mantenere inefficiente il sistema pubblico e che, alla fine, può ritardare ancor di più l'accesso alle prestazioni gratuite; il risultato è un circolo vizioso che trasforma la sanità in un grande affare economico più che in un servizio pubblico universalistico, con conseguenze pesanti per l'attuazione del diritto alla salute;

47) non si tratta di episodi isolati, purtroppo, ma di un modello che rischia di istituzionalizzare la doppia corsia: da un lato il pubblico sottofinanziato, lento, opaco; dall'altro il privato rapido e costoso, alimentato dalla stessa carenza strutturale del pubblico;

48) negli ultimi anni si sta assistendo in Italia a un processo sempre più evidente di progressiva espansione della sanità integrativa e dei fondi sanitari privati, che rischia di trasformarsi in un vero e proprio processo di « assicurativizzazione » del sistema sanitario nazionale, in cui quote crescenti di prestazioni e di risorse vengono progressivamente spostate dal perimetro della fiscalità generale e del servizio pubblico universalistico verso strumenti assicurativi, fondi contrattuali e polizze private; tale fenomeno non è neutrale, né meramente complementare al Servizio sanitario nazionale, ma tende a ridefinire in profondità il modello di tutela della salute, introducendo meccanismi selettivi e segmentati di accesso alle cure, in cui la qualità, la tempestività e talvolta la stessa disponibilità delle prestazioni dipendono sempre più dalla posizione lavorativa, dal contratto collettivo applicato o dalla capacità individuale di sostenere premi assicurativi;

49) l'espansione della sanità integrativa, favorita anche da rilevanti agevolazioni fiscali e contributive, sta producendo una progressiva redistribuzione regressiva delle risorse pubbliche, poiché tali benefici fiscali avvantaggiano prevalentemente lavoratori stabilmente occupati e categorie con maggiore capacità contributiva, lasciando invece scoperti milioni di cittadini che non dispongono di coperture integrative; si sta così consolidando un sistema sanitario a più velocità, nel quale una parte della popolazione accede a prestazioni più rapide attraverso canali assicurativi o fondi integrativi, mentre chi dipende esclusivamente dal Servizio sanitario nazionale è costretto ad affrontare liste di attesa sempre più lunghe;

50) questo processo, lungi dall'essere contrastato, appare invece sempre più spregiudicatamente incentivato dalle scelte di politica sanitaria e fiscale di questo Governo, che da un lato continua a non garantire un adeguato finanziamento strutturale del Servizio sanitario nazionale e dall'altro favorisce l'espansione della sanità integrativa come strumento di compensazione delle carenze del sistema pubblico;

una simile impostazione rischia di snaturare progressivamente il modello universalistico disegnato dalla Costituzione, trasformando la sanità pubblica in una rete di protezione residuale per chi non può permettersi forme di copertura privata;

51) in questo scenario le liste di attesa diventano paradossalmente uno dei principali fattori di spinta verso l'assicurativizzazione del sistema sanitario: più il servizio pubblico rallenta, più cresce la domanda di prestazioni a pagamento e di coperture assicurative, alimentando un circolo vizioso che rafforza il mercato sanitario privato e indebolisce ulteriormente il pilastro pubblico del diritto alla salute;

52) nel corso della XIX legislatura, il gruppo del Movimento 5 Stelle ha presentato numerose interrogazioni parlamentari per denunciare la mancata pubblicazione integrale delle agende, l'assenza di monitoraggio in tempo reale, l'inefficacia dei piani regionali, il conflitto di interessi strutturale derivante dall'*intramoenia* e la carenza di personale sanitario; interrogazioni che hanno ricevuto risposte evasive, generiche, prive di un cronoprogramma vincolante;

53) l'elusività e l'inerzia di questo Governo nel risolvere il grave problema delle liste di attesa sono d'altronde evincibili, oltreché da provvedimenti inattuati, anche dalla mancata approvazione e/o aggiornamento del nuovo Piano nazionale di Governo delle liste di attesa, scaduto nel 2021, talché permane la vigenza del Pngla 2019-2021, siglato con Intesa Stato-regioni a febbraio 2019 dall'allora Governo Conte I;

54) le liste di attesa producono un effetto devastante in termini di disuguaglianza sociale: chi ha risorse economiche accede alle cure in tempi brevi, chi non le ha è costretto ad attendere o a rinunciare; ciò determina un sistema classista, in aperta violazione del principio di uguaglianza sostanziale di cui all'articolo 3 della Costituzione;

55) le rinunce alle cure per motivi economici o per tempi di attesa eccessivi

sono in aumento, e colpiscono soprattutto le fasce più fragili della popolazione: anziani, lavoratori precari, famiglie monoredito, persone con disabilità e malattie croniche;

56) la regionalizzazione, in assenza di una regia nazionale forte, ha prodotto una sanità a ventuno velocità, nella quale il luogo di residenza determina tempi di accesso, qualità delle prestazioni e probabilità di sopravvivenza; ciò costituisce una frattura intollerabile dell'unità sostanziale della Repubblica;

57) la mancata riforma del Titolo V della Costituzione continua ad alimentare disuguaglianze, conflitti di competenza e scaricabarile istituzionale, con un Governo che spesso si limita a richiamare le regioni senza esercitare fino in fondo i poteri sostitutivi previsti dall'ordinamento;

58) la carenza strutturale di personale sanitario, aggravata da anni di blocco delle assunzioni e da salari non competitivi rispetto agli standard europei, è una delle cause principali dell'allungamento delle liste, insieme a una programmazione inadeguata dei fabbisogni formativi e professionali;

59) il sistema di accreditamento del privato, così come attualmente configurato, ha favorito una progressiva esternalizzazione delle prestazioni più remunerative, lasciando al pubblico il carico delle urgenze, delle cronicità e delle fragilità, con un drenaggio di risorse e professionalità;

60) l'*intramoenia*, lungi dall'essere una soluzione transitoria, si è trasformata in un meccanismo strutturale che alimenta conflitti di interesse e incentiva indirettamente il mantenimento di liste di attesa elevate nel canale istituzionale;

61) non è più tollerabile che, a fronte di annunci mediatici e piani straordinari, i decreti attuativi restino nei cassetti dei Ministeri, mentre i cittadini attendono mesi per una mammografia, una risonanza magnetica, una visita cardiologica o oncologica;

62) non è più accettabile che i dati ufficiali non siano pienamente trasparenti,

comparabili e verificabili, impedendo al Parlamento e ai cittadini di esercitare un controllo democratico effettivo;

63) non è più giustificabile che la spesa sanitaria venga compressa in nome di vincoli contabili, quando la salute rappresenta un investimento con effetti moltiplicativi sull'economia e sulla coesione sociale;

64) non è più ammissibile che la spesa sanitaria sia sacrificata a dispetto delle enormi e spropositate risorse destinate invece al riarmo;

65) non è più rinviabile una riforma strutturale che restituisca centralità al servizio pubblico, valorizzi il lavoro sanitario e garantisca uniformità dei diritti su tutto il territorio nazionale;

66) le liste di attesa non sono un accidente amministrativo, ma il sintomo di un tradimento politico del dettato costituzionale;

67) la salute non è una merce, non è un privilegio per chi può pagare, non è un capitolo residuale di bilancio, ma è il fondamento della Repubblica;

68) ogni giorno di inerzia, ogni decreto non emanato, ogni agenda chiusa è una responsabilità politica precisa, che il nostro Paese non può più tollerare,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare con estrema urgenza, tutti i decreti attuativi ancora mancanti del decreto-legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107 del 2024, con particolare riferimento a quello relativo alla metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del Servizio sanitario nazionale e a quello concernente le linee guida nazionali per la gestione delle agende e delle disdette, assumendosi la responsabilità politica di eventuali ulteriori ritardi e trasmettendo alle Camere una relazione dettagliata sullo stato di attuazione della riforma, corredata da cronoprogramma vincolante;

- 2) a rendere pienamente operativa e trasparente la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, garantendo la pubblicazione in formato aperto, accessibile e comprensibile dei dati disaggregati per regione, azienda sanitaria, struttura erogatrice, tipologia di prestazione e classe di priorità, distinguendo in modo netto e non aggregato tra attività istituzionale e attività libero-professionale *intramoenia*, affinché cittadini, Parlamento e organi di controllo possano verificare in tempo reale l'effettivo rispetto dei tempi massimi previsti dal Pngla;
- 3) ad assumere iniziative di competenza, anche normative, volte a modificare radicalmente gli indicatori di monitoraggio dei tempi di attesa, superando l'uso esclusivo di mediane e quartili e introducendo l'obbligo di pubblicazione della percentuale effettiva di prestazioni erogate entro i tempi massimi previsti per ciascuna classe di priorità, nonché della quota di cittadini che supera tali limiti, al fine di eliminare ogni opacità metodologica e ogni possibile rappresentazione edulcorata del fenomeno;
- 4) ad esercitare pienamente i poteri sostitutivi previsti dell'ordinamento nei confronti delle regioni inadempienti, qualora si riscontrino reiterate violazioni dei tempi massimi di erogazione o gravi carenze organizzative, assumendo iniziative normative per prevedere meccanismi sanzionatori effettivi, inclusa la sospensione o rimodulazione delle quote di finanziamento aggiuntivo, e valutando la sussistenza dei presupposti per la nomina di commissari nei casi di perdurante inadempienza;
- 5) ad adottare iniziative normative, con carattere di urgenza, per una riforma organica e strutturale della disciplina della libera professione intramuraria, fondata sul principio inderogabile della prevalenza assoluta dell'attività istituzionale rispetto a quella libero-professionale, stabilendo che, per ciascun professionista e per ciascuna unità operativa, il volume delle prestazioni erogate e il valore economico generato dall'attività *intramoenia* non possano in alcun caso superare quelli dell'attività resa in regime ordinario a carico del Servizio sanitario nazionale;
- 6) ad assumere iniziative di carattere normativo volte a prevedere che il principio inderogabile della prevalenza assoluta dell'attività istituzionale rispetto a quella libero-professionale non sia meramente dichiarativo ma sia accompagnato da strumenti cogenti di controllo, imponendo la piena tracciabilità e pubblicazione in tempo reale delle agende, dei tempi di attesa distinti tra canale istituzionale e libero-professionale, dei volumi di attività e dei relativi introiti, in formato aperto e accessibile, introducendo a tal fine un sistema di verifiche periodiche obbligatorie a cura di Agenas e del Ministero della salute, con obbligo di trasmissione dei dati al Parlamento;
- 7) ad adottare iniziative normative al fine di stabilire un regime sanzionatorio automatico e progressivo in caso di violazione dei limiti fissati per l'*intramoenia*, comprendente la sospensione temporanea dell'autorizzazione all'esercizio dell'*intramoenia*, la decadenza dagli incarichi di responsabilità, la riduzione della retribuzione di risultato e, nei casi reiterati o particolarmente gravi, la revoca definitiva dell'autorizzazione;
- 8) ad assumere iniziative normative al fine di vietare espressamente qualsiasi forma di chiusura arbitraria delle agende istituzionali in presenza di disponibilità per l'attività libero-professionale, configurando tale condotta come grave inadempimento disciplinare e gestionale;
- 9) a garantire che l'*intramoenia* torni a essere uno strumento residuale e regolato, e non un canale strutturalmente concorrente e sostitutivo dell'attività pubblica, adottando iniziative volte a eliminare ogni incentivo economico o organizzativo che possa determinare conflitti di interesse o distorsioni nell'accesso equo alle cure;

- 10) ad avviare, in parallelo e in modo non meramente esplorativo ma concreto, una valutazione finalizzata ad assumere iniziative normative per il progressivo superamento dell'istituto dell'*intramoenia* quale modalità ordinaria di esercizio della libera professione all'interno delle strutture pubbliche, nella consapevolezza che l'attuale assetto rischia di istituzionalizzare un sistema a doppia corsia incompatibile con il principio di uguaglianza sostanziale di cui all'articolo 3 della Costituzione, predisponendo, a tal fine, un piano pluriennale di riallineamento delle retribuzioni del personale medico e sanitario agli standard europei, attraverso un significativo incremento della componente stipendiale fissa e non accessoria, riducendo la dipendenza economica dalla libera professione;
- 11) a garantire condizioni di lavoro dignitose, carichi sostenibili, dotazioni organiche adeguate e percorsi di carriera trasparenti, affinché l'attrattività del servizio pubblico non sia legata alla possibilità di integrare il reddito mediante prestazioni a pagamento; a presentare alle Camere, entro un termine definito, una relazione tecnico-economica che quantifichi l'impatto finanziario, organizzativo e sociale del superamento dell'*intramoenia*, indicando le coperture necessarie e le modalità attuative; a riaffermare, in definitiva, che il diritto alla salute non può essere subordinato alla capacità di spesa del cittadino e che la piena valorizzazione del lavoro sanitario deve avvenire attraverso una remunerazione equa e pubblicamente garantita, non attraverso la strutturazione di un mercato interno alla sanità pubblica;
- 12) ad assumere iniziative normative volte a introdurre l'obbligo di pubblicazione integrale e tempestiva delle agende di prenotazione, vietando la chiusura arbitraria delle stesse e garantendo che ogni prestazione, prescritta trovi sempre una prima disponibilità prenotabile;
- 13) ad adottare iniziative anche di carattere normativo al fine di varare un piano straordinario pluriennale di assunzioni e stabilizzazioni del personale sanitario, superando definitivamente il tetto di spesa per il personale e adeguando le dotazioni organiche agli standard europei, con particolare attenzione alle specialità maggiormente coinvolte nelle liste di attesa, alla medicina territoriale e ai servizi diagnostici, riconoscendo che la riduzione strutturale dei tempi di attesa non può prescindere da un investimento massiccio sul capitale umano;
- 14) ad accelerare con urgenza l'attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza in materia di sanità territoriale, assicurando il pieno rispetto delle scadenze relative alla realizzazione e all'effettiva operatività delle case della comunità, degli ospedali di comunità e delle centrali operative territoriali, nonché garantendo le risorse necessarie per il reclutamento e la stabilizzazione del personale sanitario indispensabile al loro funzionamento, integrando concretamente queste nuove infrastrutture nel sistema di governo della domanda sanitaria e delle agende di prenotazione, rafforzando il ruolo della medicina territoriale nella presa in carico dei pazienti cronici, nella gestione delle prestazioni a bassa e media complessità e nell'orientamento appropriato verso la specialistica ambulatoriale, nella consapevolezza che solo un territorio forte, capace di intercettare e gestire precocemente i bisogni di salute, può contribuire in modo strutturale alla riduzione delle liste di attesa e al riequilibrio complessivo del Servizio sanitario nazionale;
- 15) ad assumere iniziative normative volte a rivedere il sistema di accreditamento e remunerazione del privato convenzionato, subordinando il rinnovo degli accreditamenti e dei *budget* alla dimostrazione di un contributo effettivo alla riduzione delle liste di

attesa nel canale istituzionale, impedendo che risorse pubbliche finanzino prioritariamente prestazioni più remunerative o attività che alimentano la competizione con il servizio pubblico anziché la sua integrazione;

- 16) a predisporre un nuovo Piano nazionale di Governo delle liste di attesa, aggiornato al mutato contesto epidemiologico e demografico, in continuità con il Pngla 2019-2021, definendo obiettivi quantitativi vincolanti, indicatori omogenei su scala nazionale, strumenti di controllo indipendenti e una *governance* centrale forte, capace di garantire uniformità dei diritti su tutto il territorio nazionale;
- 17) ad adottare le iniziative normative necessarie finalizzate a delineare una revisione organica della disciplina della responsabilità professionale sanitaria, volta a ridurre in modo significativo il ricorso alla medicina difensiva, anche attraverso l'introduzione di meccanismi deflattivi del contenzioso quali procedure obbligatorie di conciliazione e strumenti di risoluzione alternativa delle controversie ed un programma nazionale per l'appropriatezza prescrittiva, con monitoraggio sistematico delle prestazioni ad alto rischio di inappropriately nonché attraverso la rimozione dei fattori che alimentano l'iperprescrizione e la distorsione difensiva dell'atto medico;
- 18) ad arrestare il processo di progressiva assicurativizzazione della sanità italiana e a riaffermare con iniziative normative e di indirizzo politico la centralità del Servizio sanitario nazionale quale strumento primario e non sostituibile di tutela del diritto alla salute, provvedendo a una revisione organica della disciplina della sanità integrativa e dei fondi sanitari, affinché essi tornino a svolgere un ruolo realmente complementare e non sostitutivo rispetto ai livelli essenziali di assistenza garantiti dal servizio pubblico, rivedendo anche il regime delle agevolazioni fiscali riconosciute ai fondi

sanitari e alle polizze assicurative, subordinandole a criteri stringenti di integrazione con il Servizio sanitario nazionale e impedendo che risorse pubbliche indirette alimentino circuiti di sanità parallela, nonché monitorando in modo trasparente i volumi di prestazioni erogate attraverso fondi e assicurazioni sanitarie e il loro impatto sull'accesso alle cure, riaffermando con chiarezza che la salute non può essere trasformata in un mercato assicurativo, né subordinata alla capacità individuale di acquisto, ma deve restare un diritto fondamentale garantito in condizioni di uguaglianza a tutte le persone che vivono nel territorio della Repubblica;

- 19) ad adottare iniziative normative volte a rafforzare in modo strutturale la separazione tra indirizzo politico e gestione amministrativa nel Servizio sanitario nazionale, prevedendo procedure di nomina dei direttori generali, sanitari e amministrativi pienamente trasparenti, basate su criteri oggettivi di competenza ed esperienza, con commissioni di valutazione indipendenti, istituzione di graduatorie pubbliche e nazionali e verbalizzazione pubblica dei punteggi attribuiti; a introdurre contratti di mandato fondati su obiettivi misurabili, con particolare riferimento alla riduzione delle liste di attesa, al rispetto dei tempi massimi di erogazione e alla trasparenza dei dati; a garantire sistemi di valutazione periodica realmente indipendenti e consequenziali in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, evitando revoche arbitrarie legate a mutamenti politici; a rafforzare le incompatibilità e i presidi anticorruzione nei rapporti con il privato accreditato; a promuovere una cultura della responsabilità gestionale orientata ai risultati e alla tutela effettiva del diritto alla salute, nella consapevolezza che solo una dirigenza autonoma, competente e valutata su basi oggettive può assicurare un governo efficiente, imparziale e uniforme del

sistema sanitario su tutto il territorio nazionale;

- 20) ad assumere iniziative normative al fine di istituire una relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione del diritto alla tempestività delle cure, contenente dati certificati, comparazioni territoriali, analisi delle criticità e indicazione delle misure correttive adottate, affinché il controllo democratico su un diritto fondamentale non sia episodico ma strutturale e continuo;
- 21) a promuovere iniziative normative, anche di rango costituzionale, per una riforma organica della *governance* sanitaria nazionale, anche attraverso una revisione del quadro costituzionale e del Titolo V, volta a rafforzare la regia unitaria dello Stato nella definizione dei livelli essenziali di assistenza e nella garanzia uniforme dei tempi di accesso alle prestazioni, ponendo fine alla frammentazione che ha prodotto una sanità diseguale e territorialmente discriminatoria;
- 22) ad assumere iniziative volte a trasferire le risorse destinate al riarmo per destinare risorse aggiuntive e strutturali al Fondo sanitario nazionale, sottraendo la spesa sanitaria alla logica dei meri vincoli contabili e riconoscendola come investimento strategico per la crescita, la coesione sociale e la tutela dei diritti fondamentali, nella consapevolezza che ogni euro sottratto alla sanità pubblica si traduce in maggiori disuguaglianze, maggiore spesa privata e indebolimento del patto costituzionale.

(1-00553) *(Nuova formulazione)* « Conte, Marianna Ricciardi, Quartini, Sportiello, Di Lauro, Riccardo Ricciardi, Auriemma, Ilaria Fontana, Alifano, Santillo ».

La Camera,

premesso che:

1) l'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie deve essere un

obiettivo prioritario del Servizio sanitario nazionale e l'erogazione dei servizi entro tempi certi e appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, è un elemento fondamentale e strutturale dei Lea, secondo quanto previsto anche dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017;

2) il *report* dei monitoraggi nazionali dei tempi di attesa per l'attività libero-professionale intramuraria (Alpi) e volumi di prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in attività istituzionale e Alpi, da parte di Agenas, reca dati significativi;

3) in riferimento alle prestazioni strumentali, quelle maggiormente richieste sono state l'elettrocardiogramma l'ecografia all'addome inferiore, superiore e completo, l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella, l'ecocolordopplergrafia cardiaca e la mammografia monolaterale e bilaterale della mammella;

4) nel 2025 la Piattaforma nazionale delle liste di attesa (Pnla) ha raccolto dati relativi a quasi 57,8 milioni di prestazioni erogate, di cui 24,2 milioni di prime visite specialistiche e 33,6 milioni di esami diagnostici;

5) i dati Istat rilevano che la spesa *out-of-pocket* per prestazioni diagnostiche e visite specialistiche si è impennata negli ultimi anni e nel 2024 ben 5,8 milioni di persone hanno rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria;

6) nonostante l'elevato volume di dati disponibili, la piattaforma attualmente pubblica informazioni solo aggregate a livello nazionale, senza disaggregazione per regione, azienda sanitaria, tipologia di erogatore, pubblico/privato accreditato e regime Ssn o *intramoenia*;

7) la mancanza di dati disaggregati impedisce di individuare con precisione i principali colli di bottiglia, le criticità territoriali e le prestazioni maggiormente soggette a ritardi;

8) a 18 mesi dalla conversione in legge del decreto-legge n. 73 del 2024 convertito con modificazioni dalla legge n. 107

del 2024, cosiddetto « liste d'attesa », risultano ancora non adottati due decreti attuativi fondamentali:

a) sulla definizione della metodologia per il fabbisogno di personale del Ssn;

b) sulle linee di indirizzo nazionali per la gestione del sistema di disdetta delle prenotazioni e l'ottimizzazione delle agende Cup;

9) il decreto sul superamento del tetto di spesa per il personale è in *stand-by* per la mancata approvazione della nuova metodologia Agenas per stimare il fabbisogno di personale, mentre quello volto a definire le linee di indirizzo nazionali per i Cup non risulta calendarizzato per l'esame in Conferenza delle regioni;

10) la mancata adozione di tali decreti ha di fatto rallentato l'efficacia delle misure previste dalla normativa e impedito benefici concreti per cittadini e pazienti;

11) al 1° febbraio 2026 la versione pubblica della piattaforma rimane quella iniziale, che contiene solo dati aggregati a livello nazionale e monitora 17 visite specialistiche e 95 esami diagnostici, classificati in base alla priorità indicata nella ricetta: urgente, entro 3 giorni, breve, entro 10 giorni, differita, entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per gli esami, programmata, entro 120 giorni;

12) la prima versione della Pnla, lanciata nel giugno 2025, non è stata ancora aggiornata alle versioni annunciate con consultazione per regione e dati in tempo reale, nonostante reiterate dichiarazioni istituzionali in tal senso;

13) il ritardo nella ripartizione dei fondi destinati all'interoperabilità dei sistemi informatici regionali ha ulteriormente posticipato l'integrazione dei Cup regionali nella piattaforma nazionale;

14) gli indicatori attualmente pubblicati dalla piattaforma, mediane e quartili, risultano di difficile comprensione per i cittadini e non consentono di verificare in modo chiaro la percentuale di prestazioni

erogate entro i tempi massimi garantiti per classe di priorità;

15) la piattaforma esclude inoltre dalle principali analisi le prestazioni erogate in *intramoenia*, stimabili mediamente attorno al 30 per cento per alcune prestazioni ad alto volume, alterando la rappresentazione complessiva dei tempi di attesa;

16) nel 2025 i cittadini hanno accettato la prima disponibilità proposta dal Cup solo nel 34,9 per cento delle visite specialistiche e nel 39,9 per cento degli esami diagnostici, dato che evidenzia criticità legate a tempi eccessivi, distanza delle sedi, incompatibilità orarie o duplicazioni di prenotazione;

17) per gli esami diagnostici, al netto di quelli erogati in *intramoenia*, le richieste urgenti rappresentano l'1,6 per cento e quelle con priorità breve il 13,5 per cento, le prestazioni differite il 34,5 per cento e quelle programmate il 50,3 per cento; un quadro analogo si osserva per le visite specialistiche, sempre al netto di quelle erogate in *intramoenia*: le prenotazioni urgenti sono il 2,2 per cento, quelle brevi il 17 per cento, le prestazioni differite il 43,3 per cento e quelle programmate il 37,4 per cento. È verosimile che la maggior parte delle prestazioni inappropriate si annidi nelle prenotazioni programmate, che rappresentano oltre la metà degli esami e più di un terzo delle visite;

18) la fruizione delle prestazioni nel fine settimana, per l'abbattimento delle liste di attesa resta marginale e risultano effettuati solo 1,26 milioni di esami diagnostici, il 3,8 per cento e solo 391 mila visite specialistiche l'1,6 per cento;

19) secondo Gimbe l'entità delle prestazioni erogate in *intramoenia*, riscontrate da una verifica a campione sui 3 esami diagnostici e sulle 3 visite specialistiche con i volumi più elevati emergerebbe che, in media, il 30 per cento delle prestazioni viene erogato in *intramoenia*;

20) una quota significativa di prestazioni programmabili rappresenta oltre la metà degli esami e più di un terzo delle

visite, con possibile presenza di inappropriata prescrizione stimata dalla letteratura internazionale almeno intorno al 30 per cento per *test* diagnostici di primo livello;

21) l'analisi dei tempi di attesa per prestazioni ad alto volume evidenzia che, pur rispettando i tempi per circa la metà dei pazienti, una quota consistente, fino a un paziente su quattro, attende ben oltre i limiti massimi garantiti, configurandosi cioè in una sorta di « coda invisibile » che spinge molti cittadini, che possono di accollarsi l'onere di pagare privatamente o a rinunciare alle cure;

22) secondo i dati più recenti, milioni di cittadini rinunciano ogni anno ad almeno una prestazione sanitaria e la spesa sanitaria *out-of-pocket* per visite ed esami è in crescita;

23) la Pnla non fornisce indicazioni operative ai cittadini su come tutelarsi in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa, né strumenti di segnalazione o accesso ai diritti previsti;

24) persistono pratiche organizzative critiche in alcune realtà territoriali, quali agende chiuse, liste di galleggiamento e ritardi nell'istituzione di Cup unici integrati con il privato accreditato;

25) il disallineamento tra gli obiettivi dichiarati di rapida riduzione delle liste d'attesa e l'assenza di risultati concreti evidenzia un duplice ritardo, normativo e tecnologico;

26) le liste d'attesa rappresentano un sintomo strutturale dell'indebolimento progressivo del Servizio sanitario nazionale e incidono sull'equità di accesso alle cure, in evidente contrasto con l'articolo 32 della Costituzione;

27) la piattaforma, infatti, descrive il rispetto dei tempi di attesa con indicatori incomprensibili e, soprattutto, non documenta le differenze tra regioni, tra aziende sanitarie, tra pubblico e privato accreditato né tra prestazioni erogate a carico del Ssn e in *intramoenia*;

28) è pertanto necessario un intervento immediato, strutturale e coordinato per garantire il diritto alla tutela della salute, la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e la riduzione delle disuguaglianze di accesso alle cure;

29) la mancata piena attuazione del decreto « liste d'attesa » e l'attuale configurazione della Pnla, priva di trasparenza e di reale utilità per i cittadini, rischiano di trasformare una misura proposta dal Governo con carattere di urgenza in una promessa mancata. È pertanto necessario un intervento immediato, strutturale e coordinato per garantire il diritto alla tutela della salute, la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale e la riduzione delle disuguaglianze di accesso alle cure,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare con urgenza e senza alcuna attività dilatoria i decreti attuativi ancora mancanti previsti dal decreto-legge n. 73 del 2024, in particolare quelli relativi alla metodologia di definizione del fabbisogno di personale e alle linee di indirizzo nazionali per l'ottimizzazione dei sistemi Cup;
- 2) a rendere operativa, in tempi brevi, la versione aggiornata e più aderente alla realtà della Piattaforma nazionale delle liste di attesa con dati disaggregati per regione, azienda sanitaria, tipologia di erogatore e regime di erogazione;
- 3) a pubblicare indicatori chiari e comprensibili per i cittadini, basati sulla percentuale di prestazioni erogate, distinte tra quelle erogate dal Ssn e quelle in *intramoenia*, entro i tempi massimi garantiti per ciascuna classe di priorità;
- 4) a includere sistematicamente nei monitoraggi in maniera distinta le prestazioni erogate dal Ssn e quelle prestazioni erogate in *intramoenia*, al fine di garantire una rappresentazione trasparente e completa dei tempi di attesa;
- 5) a predisporre strumenti informativi e operativi sulla piattaforma per consen-

- tire ai cittadini di conoscere i propri diritti, segnalare disservizi e attivare le procedure di tutela in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa;
- 6) ad adottare iniziative di competenza per accelerare l'interoperabilità dei sistemi informatici regionali e l'integrazione dei Cup, anche attraverso un utilizzo tempestivo ed efficace delle risorse già stanziare, anche implementandole ulteriormente;
- 7) a rafforzare strutturalmente il personale del Ssn attraverso la definizione di un piano straordinario di assunzioni, attraverso un reale confronto con i sindacati comparativamente maggiormente rappresentativi a livello nazionale, nonché a programmare investimenti organizzativi e digitali finalizzati alla riduzione delle liste d'attesa;
- 8) a promuovere misure efficaci per il contrasto all'inappropriatezza prescrittiva e per l'ottimizzazione della domanda di prestazioni sanitarie;
- 9) a garantire la piena trasparenza sui tempi di attesa e sulle criticità territoriali, al fine di assicurare equità di accesso, uniformemente sul territorio nazionale, alle prestazioni sanitarie e prevenire fenomeni di rinuncia alle cure o ricorso forzato alla spesa privata;
- 10) ad abbattere le liste di attesa, adottando iniziative, anche normative, volte a prevedere che il rispetto del Piano nazionale di governo delle liste di attesa sia un adempimento ai fini della verifica dell'erogazione dei Lea, rafforzando l'obbligo di pubblicazione dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera e i relativi tempi massimi di attesa, assicurando la gestione informatizzata, trasparente e tracciabile, la totale visibilità, nonché l'unicità dell'agenda di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali;
- 11) ad assumere iniziative di competenza, anche normative, al fine di garantire la priorità nella erogazione delle prestazioni e nei tempi stabiliti nell'ambito del servizio sanitario pubblico, evitando che le prestazioni in *intramoenia* diventino una via preferenziale o alternativa nella modalità di erogazione delle prestazioni, avviando contestualmente forme e modalità di limitazione dell'*intramoenia* nelle strutture pubbliche;
- 12) ad aggiornare semestralmente le competenti commissioni parlamentari sullo stato di attuazione del decreto-legge «liste d'attesa», sull'evoluzione della piattaforma nazionale e sui risultati effettivi conseguiti nella riduzione dei tempi di attesa.
- (1-00554) «Zanella, Bonelli, Dori, Borrelli, Fratoianni, Ghirra, Grimaldi, Mari, Piccolotti, Zaratti».
- La Camera,
premessi che:
- 1) l'articolo 32 della Costituzione tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, imponendo alla Repubblica un obbligo di protezione attiva e non meramente dichiarativa; in combinato disposto con l'articolo 3 della Costituzione, il legislatore ha il dovere di rimuovere gli ostacoli economici, sociali e territoriali che limitano l'accesso effettivo alle cure, garantendo livelli essenziali di assistenza uniformi su tutto il territorio nazionale;
- 2) le sentenze della Corte costituzionale n. 275 del 2016 e n. 195 del 2024 hanno confermato che il diritto alla salute è un diritto immediatamente esigibile e non subordinabile alla capacità dei bilanci pubblici;
- 3) il Servizio sanitario nazionale, istituito con la legge n. 833 del 1978, rappresenta una delle più significative realiz-

zazioni dello Stato sociale europeo; fondato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità, il Servizio sanitario nazionale ha garantito per decenni un accesso omogeneo alle cure, riducendo le disparità territoriali;

4) tuttavia, i dati Ocse mostrano come l'Italia sia tra i Paesi europei con minore crescita della spesa sanitaria in rapporto al prodotto interno lordo negli ultimi 15 anni, con un incremento medio annuo dello 0,3 per cento, contro una media dell'Unione europea dell'1,5 per cento; nel 2024 l'Italia, per spesa sanitaria pubblica *pro capite*, si colloca al 14° posto tra i 27 Paesi europei dell'area Ocse e in ultima posizione tra quelli del G7, con una spesa sanitaria pubblica pari al 6,3 per cento del prodotto interno lordo, inferiore sia alla media Ocse (7,1 per cento) che a quella europea (6,9 per cento), con un *gap* di circa 43 miliardi di euro rispetto agli altri Paesi europei; la spesa *pro capite* è di 3.835 dollari, nettamente inferiore sia alla media Ocse (4.625 dollari) che a quella europea (4.689 dollari); il confronto con i Paesi del G7 evidenzia, inoltre, come Germania e Regno Unito presentino livelli di spesa più che doppi rispetto all'Italia;

5) « Il sottofinanziamento pubblico della sanità italiana – dichiara Nino Cartabellotta, presidente della fondazione Gimbe – è ormai una questione strutturale, che, oltre a generare tensioni crescenti in Parlamento, sta mettendo in grandi difficoltà tutte le regioni, sempre più in affanno nel garantire i livelli essenziali di assistenza mantenendo in ordine i bilanci. Ma oggi il conto più salato di queste scelte miopi lo pagano anzitutto i cittadini costretti a confrontarsi ogni giorno con liste d'attesa fuori controllo, pronto soccorso al collasso, carenza di medici di famiglia, disuguaglianze territoriali e sociali sempre più marcate e la necessità sempre più frequente a pagare di tasca propria visite e prestazioni sanitarie fino a rinunciare del tutto. Nel 2024 sono state costrette a farlo ben 5,8 milioni di persone, quasi 1 su 10 »;

6) la spesa sanitaria privata diretta sostenuta dalle famiglie ha raggiunto nel 2025 quasi 10 miliardi di euro annui, con

un incremento del 42 per cento rispetto al 2015, generando effetti regressivi sui redditi medio-bassi; circa 1,7 milioni di cittadini hanno fatto ricorso a prestiti per spese sanitarie, per un ammontare totale stimato in 1,4 miliardi di euro, fenomeno in crescita rispetto ai 900 milioni registrati nel 2019;

7) l'invecchiamento della popolazione, con il 24,3 per cento degli individui sopra i 65 anni nel 2025 e oltre 4,7 milioni di cittadini *over 80*, ha determinato un aumento delle patologie croniche e multimorbidità; secondo l'Istat, nel 2025 oltre 25 milioni di cittadini soffrono di almeno una patologia cronica, nonostante l'Italia sia tra i Paesi più longevi al mondo, con un'aspettativa di vita di circa 83,5 anni;

8) tuttavia, gli anni vissuti in buona salute sono in media circa 58,1, con un peggioramento negli ultimi anni. L'aumento della longevità è accompagnato da una crescita delle condizioni croniche e neurologiche: circa 7 milioni di persone soffrono di emicrania, 12 milioni di disturbi del sonno, oltre 1,2 milioni di demenza, circa 800.000 persone convivono con esiti di ictus e circa 400.000 con malattia di Parkinson; la multicronicità interessa quasi il 49 per cento delle persone con più di 75 anni, rendendo sempre più necessario rafforzare la presa in carico territoriale e i percorsi diagnostico-terapeutici integrati;

9) la carenza di personale sanitario è un fattore critico: nel 2025 risultano scoperti circa 40.000 posti tra medici e infermieri dovuti a blocchi del *turn-over*, limitata programmazione delle borse di specializzazione e condizioni contrattuali non competitive rispetto a Germania, Francia e Spagna; il numero di medici per 1.000 abitanti in Italia è 3,8, inferiore alla media dell'Unione europea di 4,5; il numero di infermieri per 1.000 abitanti è 5,6, contro una media dell'Unione europea di 8;

10) la mancata integrazione tra ospedale e territorio, il ritardo nel pieno sviluppo delle strutture previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza e l'insufficiente investimento nella

prevenzione hanno determinato un aumento delle ospedalizzazioni improprie e delle agende specialistiche sovraccariche;

11) le liste di attesa costituiscono la manifestazione più evidente dello squilibrio strutturale del nostro sistema sanitario: nel 2025 sono state registrate 57,8 milioni di prestazioni prenotate tramite la Piattaforma nazionale delle liste di attesa, che monitora prime visite e diagnostica per tutte le regioni e le strutture accreditate; tuttavia, la piattaforma non fornisce dati consultabili a livello regionale o per singola struttura, impedendo una corretta lettura dei ritardi reali e della loro distribuzione territoriale. Numerose indagini civiche e dati raccolti da associazioni di tutela dei cittadini rivelano attese estremamente lunghe per visite ed esami rispetto ai tempi massimi previsti dalla normativa nazionale (entro 72 ore per urgente, 10 giorni per breve, 30-60 giorni per differibile e 120 giorni per programmabile). Secondo l'analisi di *Sky Tg24* e *Altroconsumo*, oltre la metà delle visite (52 per cento) e più di un terzo degli esami (36 per cento) superano i tempi massimi previsti, con attese medie di circa 105 giorni. Rapporti civici basati su segnalazioni raccolte presso il Ministero della salute indicano casi estremi come attese fino a 360 giorni per Tac, 500 giorni per prime visite specialistiche e 720 giorni per una colonscopia. Tali ritardi generano la rinuncia alle prestazioni o il ricorso al privato, con conseguente aumento della spesa diretta delle famiglie;

12) l'attività libero-professionale dei medici all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, l'*intramoenia*, rappresenta un indicatore fondamentale del funzionamento e dell'equilibrio dei servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale e un ricorso eccessivo o mal gestito a tale attività, unitamente alle prestazioni aggiuntive, può evidenziare gravi criticità organizzative, con liste d'attesa non rispettate e dati falsati sulle agende, a scapito del diritto dei cittadini a prestazioni tempestive e garantite dalla legge;

13) le responsabilità di tali inefficienze ricadono sia a livello aziendale, in

termini di gestione e organizzazione, che a livello regionale, in termini di programmazione, controllo e supervisione, sebbene la normativa vigente stabilisca limiti chiari all'*intramoenia*, vincoli alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite a carico del Servizio sanitario nazionale e obblighi di trasparenza e tracciabilità nelle agende e nelle liste d'attesa;

14) laddove i cittadini non trovino posto nel pubblico e siano costretti a ricorrere all'*intramoenia*, la responsabilità della spesa non deve ricadere sull'utente, ma sul Servizio sanitario nazionale, in piena ottemperanza ai principi di universalità, equità e diritto alla salute;

15) con la legge n. 107 del 2024 è stato istituito l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria e sulle liste d'attesa, con il compito di rafforzare il sistema di monitoraggio e di verifica sull'attuazione delle normative relative ai tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte delle regioni, prevedendo anche poteri sostitutivi nei confronti delle amministrazioni regionali inadempienti e la possibilità di accedere alle agende di prenotazione delle strutture sanitarie per analizzare le disfunzioni del sistema e tutelare il diritto dei cittadini a ricevere prestazioni sanitarie nei tempi previsti dalla normativa;

16) per il funzionamento di questo Organismo è stata prevista una struttura composta da una cabina di regia, un ufficio dirigenziale di livello generale, quattro dirigenti non generali e circa venti unità di personale, con uno stanziamento di circa 1,4 milioni di euro per l'anno 2024 e oltre 2,6 milioni di euro annui a decorrere dal 2025; tuttavia, a oltre diciotto mesi dalla sua istituzione non risultano ancora pienamente definite la struttura organizzativa, la nomina della direzione e la piena operatività dell'organismo stesso, circostanza che rischia di limitarne l'efficacia nella riduzione delle liste di attesa;

17) la progressiva riduzione della capacità produttiva del Servizio sanitario nazionale e l'aumento della spesa privata

hanno effetti macroeconomici rilevanti: riduzione del reddito disponibile, minori consumi, aumento delle disuguaglianze, riduzione della produttività; in Italia circa 4 milioni di lavoratori sono poveri o a rischio povertà e l'incremento della spesa sanitaria *out-of-pocket* colpisce in modo sproporzionato donne, anziani e famiglie monoredito;

18) a tali criticità si aggiunge una debolezza strutturale nella programmazione sanitaria nazionale: l'ultimo Piano sanitario nazionale approvato risale al triennio 2006-2008 e, nonostante la normativa ne preveda l'aggiornamento periodico, non è stato successivamente adottato un nuovo piano strategico nazionale, determinando un vuoto programmatorio che rende più difficile garantire una visione unitaria delle politiche sanitarie e coordinare efficacemente le azioni tra Stato e regioni;

19) analisi recenti sulla programmazione sanitaria regionale evidenziano, inoltre, una forte eterogeneità tra i territori: numerose regioni dispongono di piani sanitari approvati prima della pandemia e non aggiornati alle nuove esigenze del sistema sanitario, mentre altre adottano strumenti programmatori differenti o temporanei; tale frammentazione contribuisce ad ampliare le disuguaglianze territoriali nell'organizzazione dei servizi sanitari, nella pianificazione delle reti cliniche e nei modelli di assistenza territoriale;

20) la frammentazione programmatoria e le difficoltà organizzative incidono direttamente sull'accesso alle cure: nel 2024 quasi una persona su dieci (9,9 per cento) ha rinunciato a visite o esami specialistici, principalmente a causa delle liste di attesa troppo lunghe o per difficoltà economiche; parallelamente la spesa sanitaria privata è cresciuta significativamente negli ultimi anni, superando i 40 miliardi di euro annui;

21) l'adozione incompleta dei decreti attuativi previsti dal decreto-legge n. 73 del 2024, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 107 del 2024, limita l'efficacia delle misure, in particolare per quanto riguarda la definizione dei fabbisogni di personale,

l'ottimizzazione delle agende e la programmazione delle borse di specializzazione;

22) a questa criticità si aggiunge la carenza di risorse, aggravata dal fatto che il decreto-legge è stato approvato a costo zero, senza prevedere stanziamenti aggiuntivi, né incremento del personale. La mancanza di risorse finanziarie, umane e logistiche riduce la capacità delle strutture di pianificare e gestire in modo efficiente le attività, ostacolando la piena attuazione delle misure previste. In assenza di un adeguato apporto di fondi e di un completamento tempestivo dei decreti attuativi, gli interventi producono risultati parziali, disomogenei e insufficienti rispetto agli obiettivi prefissati, con effetti negativi sulla qualità dei servizi offerti e sulla formazione dei nuovi professionisti;

23) l'ulteriore espansione del privato accreditato senza regole uniformi, insieme alle agende chiuse e all'*intramoenia* diffusa, ha prodotto un doppio binario nell'accesso alle cure, con discriminazioni economiche e territoriali, compromettendo l'universalismo del Servizio sanitario nazionale;

24) l'appropriatezza prescrittiva e l'implementazione di protocolli clinici standardizzati rappresentano strumenti essenziali per ridurre gli sprechi, migliorare la qualità delle cure e contenere i costi;

25) a livello regionale permangono forti squilibri: nel Nord, regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, registrano tempi medi di attesa per visite specialistiche di circa 45-60 giorni, mentre nel Sud, Campania, Calabria e Sicilia, superano i 120 giorni per prestazioni equivalenti; la mobilità sanitaria in entrata per le regioni del Nord è di circa 1,2 milioni di prestazioni annue, mentre il Sud registra un deflusso verso altre regioni di circa 800.000 prestazioni;

26) le differenze regionali si riflettono anche sulla disponibilità di posti letto: Trentino-Alto Adige ed Emilia-Romagna hanno circa 3,8 posti letto per 1.000 abitanti, mentre Sicilia e Calabria scendono a 2,5 posti letto per 1.000 abitanti; analoga-

mente, il numero di infermieri per 1.000 abitanti varia da 7,5 nel Nord a 4,2 nel Sud;

27) l'accesso alla prevenzione e alla diagnostica di base è fortemente disomogeneo: nel Nord-Est, circa il 65 per cento della popolazione sopra i 50 anni si sottopone a *screening* oncologici periodici, mentre nel Sud la percentuale scende al 38 per cento; questo *gap* contribuisce ad aumentare mortalità e costi sanitari nel medio-lungo periodo;

28) la differenziazione regionale dei fondi, spesso legata alla capacità fiscale locale, ha prodotto una sanità a « velocità differenziate », con conseguenze dirette sull'appropriatezza delle cure, sulle liste di attesa e sulla capacità di attrarre personale qualificato;

29) nel contesto del dibattito sull'attuazione dell'autonomia differenziata, numerosi osservatori indipendenti, tra cui la fondazione Gimbe, hanno evidenziato il rischio che un'ulteriore regionalizzazione delle competenze in materia sanitaria possa ampliare le differenze già esistenti tra i sistemi sanitari regionali, incidendo sull'uniformità del diritto alla salute garantito dall'articolo 32 della Costituzione;

30) le preintese siglate tra il Governo e alcune regioni, tra cui Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria, hanno alimentato un ampio dibattito pubblico e istituzionale, con richieste di rivedere il quadro delle competenze per escludere materie particolarmente sensibili, come la sanità, al fine di preservare la coesione territoriale e garantire l'uniforme applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni;

31) in tale contesto è stata più volte evidenziata la necessità di rafforzare i sistemi di monitoraggio e di coordinamento nazionale, affinché il decentramento amministrativo non determini un aumento dei divari territoriali nell'accesso ai servizi sanitari;

32) la garanzia del diritto alla salute richiede un intervento organico e strutturale, basato su un adeguato finanziamento del Servizio sanitario nazionale, sulla pro-

grammazione pluriennale dei fabbisogni di personale sanitario e sul rafforzamento della *governance* pubblica, poiché i dati evidenziano che la riduzione della capacità produttiva, le liste di attesa estese e la crescente spesa sanitaria privata compromettono l'universalità e l'equità del sistema;

33) la salute rappresenta un investimento strategico ad alto moltiplicatore economico e sociale, capace di produrre benefici diretti sul prodotto interno lordo, stimati in circa 2,5 euro per ogni euro investito in prevenzione e assistenza primaria, dimostrando che interventi mirati nella medicina territoriale e nella prevenzione non solo migliorano la qualità della vita, ma riducono anche i costi complessivi del sistema e la spesa privata delle famiglie;

34) il rafforzamento della medicina territoriale, della prevenzione primaria e secondaria e l'adozione di protocolli clinici standardizzati sono fondamentali per ridurre ospedalizzazioni improprie, sovraccarico delle agende specialistiche, liste di attesa e ricorso al privato, fenomeni che negli ultimi anni hanno prodotto attese medie superiori ai 100 giorni e, in casi estremi, fino a 720 giorni per alcune prestazioni;

35) la piena trasparenza dei dati sulle liste di attesa, con disaggregazione per regione, struttura e regime di erogazione, è essenziale per garantire la responsabilità delle regioni e la possibilità di indirizzo strategico nazionale, poiché l'attuale mancanza di dati consultabili impedisce una corretta valutazione dei ritardi e della loro distribuzione territoriale;

36) il superamento dei tetti di spesa per il personale sanitario e l'incremento delle borse di specializzazione sono imprescindibili per garantire sostenibilità e qualità delle cure;

37) le politiche di riduzione della medicina difensiva e di aumento dell'appropriatezza prescrittiva sono necessarie per liberare risorse, diminuire sprechi e ridurre i tempi di attesa, riducendo così il ricorso al privato e gli effetti regressivi della spesa sanitaria sui redditi medio-bassi;

38) la riduzione dei divari Nord-Sud deve essere perseguita attraverso una redistribuzione strutturale dei fondi, programmi di rafforzamento del personale, investimenti mirati in infrastrutture e prevenzione, basati su dati oggettivi e monitoraggio continuo, al fine di garantire che la residenza non determini più l'accesso e la qualità delle cure, riducendo disuguaglianze e mobilità sanitaria interregionale,

impegna il Governo:

- 1) a completare senza ulteriori ritardi l'adozione dei decreti attuativi previsti dal decreto-legge n. 73 del 2024, definendo rapidamente i fabbisogni di personale sanitario, chiarendo i criteri di riparto dei fondi e predisponendo linee guida per ottimizzare le agende, riducendo i tempi di attesa e prevedendo sistemi di monitoraggio per valutarne l'efficacia;
- 2) a rendere la Piattaforma nazionale delle liste di attesa pienamente trasparente, pubblicando dati aggiornati per regione, struttura, disciplina medica e tipo di prestazione, con strumenti di visualizzazione chiari per cittadini e operatori, e implementando sistemi di allerta per i casi in cui i tempi superino i limiti previsti, favorendo un'analisi comparativa e l'individuazione di *best practice*;
- 3) ad adottare iniziative volte a predisporre un incremento progressivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, al fine di raggiungere nel più breve tempo possibile un livello di finanziamento non inferiore al 7,5 per cento del prodotto interno lordo nominale tendenziale dell'anno di riferimento, in linea con la media dei principali Paesi europei, definendo contestualmente un piano pluriennale di rafforzamento della spesa sanitaria, con priorità al personale sanitario, allo sviluppo della medicina territoriale e alle attività di prevenzione, assicurando l'equità territoriale nella distribuzione delle risorse;
- 4) ad assumere iniziative, anche normative, volte a superare i tetti di spesa sul personale sanitario e a definire una metodologia stabile e trasparente per determinare i fabbisogni di personale, eliminando i limiti alle assunzioni e predisponendo, in collaborazione con le organizzazioni sindacali, un piano pluriennale di assunzioni straordinarie volto a rafforzare gli organici del Servizio sanitario nazionale, che vada oltre le stabilizzazioni e il *turnover* superando l'attuale precarietà;
- 5) ad adottare iniziative volte a garantire il pieno rispetto della normativa vigente in materia di *intramoenia*, assicurando che l'attività libero-professionale dei medici all'interno delle strutture pubbliche sia trasparente, tracciabile e conforme ai limiti previsti dalla legge, senza che ciò pregiudichi l'erogazione delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale;
- 6) ad adottare iniziative, anche normative, al fine di garantire che le liste d'attesa siano gestite in modo trasparente e che, qualora una prestazione non possa essere erogata tempestivamente nel pubblico a causa della lunghezza delle liste di attesa, la parte dei costi della prestazione in *intramoenia* eccedente rispetto a quella a carico del Servizio sanitario nazionale sia sostenuta dal sistema pubblico e non dal cittadino, assicurando così un accesso equo, rapido e universale alle cure;
- 7) ad assumere iniziative volte a promuovere incentivi economici e professionali per i professionisti che operano nelle aree interne o svantaggiate, garantendo al contempo condizioni di lavoro dignitose, sicure e attrattive, capaci di valorizzare le competenze e ridurre l'abbandono della professione;
- 8) a rafforzare i programmi di formazione e garantire un numero sufficiente di borse di specializzazione, assicurando così continuità assistenziale, ricambio generazionale e qualità delle prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale;

- 9) ad assumere iniziative di competenza, anche normative, volte a garantire uniformità nazionale nell'accesso ai cup e nell'applicazione del diritto alle prestazioni nel privato accreditato, standardizzando i sistemi di prenotazione e controllando l'accesso alle strutture private, evitando discriminazioni economiche o territoriali, con meccanismi di monitoraggio e sanzioni in caso di violazioni;
- 10) ad assumere iniziative normative volte a vietare qualsiasi forma di chiusura delle liste di attesa, garantendo che le prestazioni sanitarie siano erogate tempestivamente e in modo continuo, con particolare attenzione alle aree interne e svantaggiate, e configurando la chiusura ingiustificata delle liste come grave inadempimento disciplinare e gestionale;
- 11) ad adottare iniziative di competenza sulla medicina difensiva e sull'appropriatezza prescrittiva, promuovendo protocolli clinici basati sull'evidenza scientifica, incentivando la formazione continua dei medici, monitorando le prescrizioni per ridurre sprechi e sperimentando modelli organizzativi innovativi;
- 12) ad adottare iniziative di competenza volte a rafforzare la medicina territoriale e la prevenzione, completando l'attivazione di poli territoriali e case della comunità, aumentando l'accesso a *screening* e programmi di prevenzione, implementando sistemi digitali per coordinare ospedale e territorio, l'integrazione sociosanitaria e garantendo continuità assistenziale per i pazienti con patologie croniche o multimorbidità;
- 13) ad assumere iniziative, anche normative, volte a promuovere misure di equità sociale per ridurre l'impatto della spesa sanitaria sui redditi più bassi, prevedendo esenzioni o rimborsi per famiglie a basso reddito, riducendo il ricorso al pagamento diretto e intervenendo nelle aree più svantaggiate per garantire pari accesso alle cure;
- 14) ad assumere iniziative normative al fine di istituire una relazione semestrale al Parlamento sullo stato delle liste di attesa e sull'andamento della spesa sanitaria, fornendo *report* dettagliati per regione e struttura, analizzando l'effetto delle politiche adottate sui tempi di attesa, sull'accesso alle cure e sulla spesa privata e suggerendo eventuali correttivi basati sui dati raccolti;
- 15) a potenziare l'innovazione digitale e la telemedicina, integrando strumenti di teleassistenza, cartelle cliniche elettroniche e piattaforme di monitoraggio remoto, per migliorare l'accesso alle cure nelle aree più periferiche e ridurre il carico sugli ospedali;
- 16) ad assumere iniziative di competenza volte ad incrementare la formazione e la valorizzazione del personale sanitario, prevedendo percorsi di aggiornamento, incentivi economici e percorsi di carriera che rendano le professioni sanitarie attrattive e al tempo stesso l'Italia competitiva rispetto agli *standard* europei;
- 17) a monitorare e ridurre le disuguaglianze territoriali, con iniziative mirate per regioni in ritardo in termini di posti letto, personale, prevenzione e tempi di attesa, riducendo la mobilità sanitaria interregionale e garantendo pari accesso alle cure;
- 18) ad adottare, entro tempi certi, un nuovo Piano sanitario nazionale aggiornato alle trasformazioni demografiche, epidemiologiche e tecnologiche del Paese, definendo obiettivi strategici misurabili, priorità di intervento e strumenti di coordinamento tra Stato e regioni, al fine di garantire una programmazione sanitaria unitaria e ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure;
- 19) a rendere pienamente operativo l'Organismo di verifica e controllo sull'as-

sistenza sanitaria e sulle liste d'attesa istituito dal decreto-legge n. 73 del 2024, procedendo alla nomina della direzione, alla definizione della struttura organizzativa e all'effettivo utilizzo dei poteri di monitoraggio e dei poteri sostitutivi previsti dalla normativa nei confronti delle regioni inadempienti, anche attraverso l'utilizzo dei dati della Piattaforma nazionale delle liste di attesa;

- 20) ad adottare iniziative di competenza, anche normative, volte a garantire che l'attuazione dell'autonomia differen-

ziata, con esclusione espressa della sanità, non comporti un aumento delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, assicurando il pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e l'uniforme applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale, attraverso il rafforzamento dei meccanismi di monitoraggio, coordinamento e verifica da parte dello Stato.

- (1-00555) « Malavasi, Braga, Furfaro, Casu, Girelli, Ciani, Filippin, Stumpo ».

