

Chi siamo Formazione Abbonati Contatti Convegni Libri Link utili Norme&Sentenze Newsletter



Fatti E Persone Direzioni ▾ Unità Operative ▾ Sicurezza Ingegneria Clinica Ricerca Editoriale



Home > Direzioni > Direzione Generale > Perché il controllo sulle liste d'attesa non può restare un fantasma

Direzioni Direzione Generale

Perché il controllo sulle liste d'attesa non può restare un fantasma

Elena D'Alessandri 8 Settembre 2026



Il governo delle liste d'attesa è la sfida cruciale per la sostenibilità e la credibilità del Ssn. Nonostante l'implementazione della Piattaforma nazionale e l'istituzione legislativa di un organismo di verifica e controllo, l'operatività di una governance centrale integrata sconta ancora criticità procedurali e ritardi nell'esercizio dei poteri sostitutivi.

L'inadeguatezza del sistema di monitoraggio e intervento del livello centrale rischia di delegare la verifica della funzionalità del sistema quasi esclusivamente all'attività repressiva delle forze dell'ordine. Per rigenerare l'universalismo va superata la logica della prestazione isolata, puntando sulla trasparenza dei dati e su una riforma dei modelli organizzativi tesa alla presa in carico dei percorsi di cura.

L'efficienza del Ssn si misura sulla capacità di coniugare l'appropriatezza clinica con la tempestività dell'accesso alle prestazioni. In un contesto demografico caratterizzato da aumento della cronicità e delle polipatologie, il governo delle liste d'attesa non è più solo obiettivo gestionale o tema di comunicazione politica, ma presupposto cardine per la tenuta dell'universalismo del sistema.

Tuttavia, l'attuale architettura di controllo presenta aree d'ombra che interpellano direttamente le istituzioni centrali. Se, da un lato, l'opera di vigilanza dei Nas rileva criticità puntuali e illeciti sul territorio, dall'altro emerge l'urgenza di rendere pienamente operativo l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria.

Previsto dal dl n. 73/2024, poi convertito nella legge n. 107/2024, come perno del

LEGGI TECNICA OSPEDALIERA



n.7 - Settembre 2026 n.6 - Luglio 2026 n.5 - Giugno 2026

[Edicola Web](#)

ISCRIVITI ALLA NEWSLETTER



FARMACIA OSPEDALIERA

Leucemia mieloide cronica, online lo Speciale di AboutPharma sui bisogni ancora insoddisfatti

rafforzamento del monitoraggio ministeriale, questo nuovo organismo del Ministero della Salute è chiamato a trasformare la mole di dati prodotta dai nuovi flussi informativi in azioni correttive strutturate. Per analizzare lo stato dell'arte della governance territoriale e i nodi irrisolti della riforma, abbiamo intervistato **Tonino Aceti**, presidente di Salutequità.

Attraverso un esame rigoroso di meccanismi di controllo, flussi informativi e decreti attuativi, Aceti delinea la strada per l'evoluzione da un sistema di verifica episodico a una gestione proattiva, trasparente e scientificamente fondata della domanda di salute.

Ruolo dei Nas e necessità di monitoraggio-intervento ordinario ed efficace

L'analisi di Aceti non può prescindere dai recenti dati diffusi dai Nas sugli illeciti accertati in liste d'attesa e attività intramoenia.

«L'opera dei Nas è fondamentale, ma è solo la punta dell'iceberg. Il loro intervento si attiva laddove emergono irregolarità gravi, comportamenti illeciti o perfino criminali nella gestione di agende e prenotazioni. Tuttavia, un sistema sanitario moderno non può poggiare la propria verifica solo sulla fase repressiva o sanzionatoria». Secondo Aceti c'è un'ampia zona grigia di malfunzionamenti e opacità che, pur non configurandosi necessariamente come reati, incidono molto su equità d'accesso e tempestività delle cure.

«Parliamo di disfunzioni organizzative, errori nella gestione dei codici di priorità o asimmetrie territoriali che andrebbero intercettate da un livello di monitoraggio amministrativo e tecnico preventivo. Questo compito spetta a Ministero della Salute, attraverso la sua Direzione Generale della Programmazione, e Agenas. Senza un organismo di verifica pienamente funzionante il rischio è che tutto ciò che precede l'illecito rimanga non adeguatamente governato, lasciando il cittadino privo di una tutela reale».

Il paradosso della trasparenza parziale

Il punto di forza teorico del nuovo sistema è la Piattaforma nazionale per le liste d'attesa, infrastruttura tecnologica gestita da Agenas che vanta una granularità informativa senza precedenti.

«È una piattaforma tecnicamente impressionante, che contiene dati dettagliatissimi. Siamo in grado di sapere, Asl per Asl e quasi reparto per reparto, come sono gestiti i tempi d'attesa per ogni singolo codice di priorità. Il livello centrale ha quindi la possibilità di accendere la luce rossa su specifiche criticità locali in tempo reale».

Il paradosso sta, però, nella fruibilità di queste informazioni. Nonostante la ricchezza del dato interno, la restituzione pubblica resta estremamente limitata, spesso confinata a medie nazionali o regionali che appiattiscono le performance e nascondono le inefficienze.

«Se la piattaforma rilascia all'esterno solo una minima parte del dato disponibile viene meno il principio del benchmark. La trasparenza non è orpello burocratico, ma strumento di miglioramento: permette di confrontare le performance, capire chi lavora bene e chi è in difficoltà e, soprattutto, di rendere il cittadino consapevole dei



Trofinetide approvato in Europa. Primo trattamento per la sindrome di Rett



Precise, consorzio europeo per l'oncologia predittiva



Spallanzani: la modalità di somministrazione di PrEP incide su aderenza e continuità



01HEALTH

Meno test sugli animali grazie a nuovo intestino artificiale umano dell'Università di Pisa



Biogen e Regeneron scelgono Veeva Vault CRM: l'intelligenza artificiale entra nelle attività commerciali farmaceutiche



propri diritti. Non pubblicare i dati per regione e per Asl significa non permettere un controllo diffuso da parte della società, quindi frenare il livello di trasparenza del Ssn e la capacità d'intervento e riforma».

Compromesso sui poteri sostitutivi

Uno dei nodi più critici evidenziati da Salutequità riguarda il Dpcm emanato in agosto 2025 che disciplina modalità e procedure per l'esercizio dei poteri sostitutivi da parte dell'organismo di verifica.

«Quel decreto è la dimostrazione plastica di una mediazione al ribasso tra livello centrale e regionale». Il documento prevede, infatti, tempistiche dilatate. Dalla segnalazione di un'inadempienza regionale all'effettiva attivazione del potere sostitutivo possono passare quattro mesi.

«In ambito sanitario 120 giorni sono un'eternità, incompatibili con i tempi d'attesa prospettati ai cittadini per prestazioni urgenti o brevi. Questa dilatazione temporale svuota di efficacia il deterrente del commissariamento.

Sembra quasi che si sia voluto creare un organismo con poteri spuntati, dove la dialettica politica tra Stato e Regioni ha prevalso sulla necessità di un intervento rapido a tutela del diritto alla salute. Se un cittadino non ottiene una prestazione nei tempi indicati dal medico nella ricetta non può attendere che la burocrazia ministeriale completi un iter di verifica quadrimestrale».

Sottovalutazione del banco di prova delle liste d'attesa

Ulteriore elemento di criticità risiede nel Nuovo Sistema di Garanzia, unico strumento ufficiale per valutare se le Regioni stiano effettivamente garantendo i Lea. «Benché il governo dichiari che le liste d'attesa sono il principale banco di prova della sanità pubblica, nel Nsg questa voce pesa pochissimo: c'è un solo indicatore core sulle liste d'attesa su un totale di 27».

Questa sproporzione invia un messaggio contraddittorio alle amministrazioni regionali: se il rispetto dei tempi d'attesa ha un peso marginale nella valutazione finale che determina l'accesso alla quota integrativa del fondo sanitario, le Regioni sono meno incentivate a investire in soluzioni strutturali.

«Dobbiamo far pesare l'accessibilità e la produzione in modo determinante. Il flusso informativo della Piattaforma nazionale dovrebbe confluire nel sistema di garanzia dei Lea, trasformando la capacità di risposta appropriata ai cittadini nel parametro fondamentale di giudizio delle performance dei direttori generali e delle amministrazioni regionali».

Percorsi di garanzia: tra discrezionalità regionale e diritto "aria fritta"

La legge Schillaci ha previsto i percorsi di garanzia. Se la struttura pubblica non garantisce la prestazione nei tempi indicati dal codice di priorità assegnato, deve

Huawei lancia Terve Research, la piattaforma europea che porta i dati dei wearable nella ricerca sanitaria



Intelligenza artificiale in sala operatoria: a Londra il primo intervento neurochirurgico assistito in tempo reale



assicurare l'accesso tramite il privato accreditato o l'attività intramoenia, con oneri a carico del Ssr (fatto salvo il ticket).

«Tuttavia, senza un monitoraggio forte, questi percorsi rimangono troppo spesso "aria fritta"», denuncia Aceti. Il problema principale sta nell'assenza di uniformità e automatismi. Alcune regioni estendono l'ambito di garanzia a tutto il territorio regionale, costringendo, per esempio, un anziano a spostarsi di provincia anche in assenza di trasporti pubblici adeguati: un viaggio della speranza che spesso si traduce in rinuncia alla cura o in esborso privato.

«Serve un automatismo democratico. L'operatore del Cup, quando comunica l'impossibilità di rispettare i tempi, dovrebbe rilasciare un titolo esecutivo (voucher o autorizzazione certificata) che indichi chiaramente dove e come il cittadino può effettuare la prestazione nei tempi e senza costi aggiuntivi. Solo azzerando l'asimmetria informativa tra sistema e cittadino possiamo rendere effettivo il diritto alla cura».

Necessità di nuovi modelli organizzativi

Davanti alla costante richiesta di maggiori risorse economiche e di personale, Aceti invita a guardare oltre il solo dato finanziario.

«Continuare a immettere risorse in un sistema che non riforma i propri modelli è come versare acqua in un secchio bucato. L'acqua continuerà a uscire e il risultato per il cittadino non cambierà. Abbiamo bisogno di mettere acqua, certo, ma dobbiamo ancheappare le falle strutturali».

La soluzione risiede in una nuova governance della produzione. «Dobbiamo innovare i modelli professionali, valorizzando competenze sottoutilizzate. Penso a tecnici di radiologia, infermieri, ostetriche, farmacisti. La farmacia dei servizi è stata una rivoluzione degli ultimi anni: ha dimostrato flessibilità, velocità di adattamento e capacità di dare risposte concrete. Questo modello di flessibilità veloce va esteso a tutto il sistema, dalle case di comunità agli ospedali di comunità».

Secondo Aceti, va anche gestita meglio la cronicità sul territorio per evitare che si riversi impropriamente sull'ospedale, assorbendo risorse preziose che andrebbero destinate alla gestione di emergenze-urgenze, diagnostica e chirurgia.

Incrementare la produzione, non solo efficientare l'esistente

Un passaggio fondamentale su cui si sofferma Aceti è l'uso strategico della tecnologia. «Telemedicina e digitalizzazione sono spesso usate solo per fare in modo diverso ciò che abbiamo sempre fatto, ovvero per efficientare a parità di produzione. Al contrario, dovremmo usarle per incrementare la produzione reale del sistema. Se la tecnologia non produce un aumento e un miglioramento per equità, qualità e sicurezza della capacità di risposta, resta un investimento a metà».

Per fare questo salto di qualità vanno riveduti profondamente i modelli organizzativi. «Dobbiamo far pesare il tema dell'accessibilità sui sistemi di misurazione delle performance a ogni livello, dai direttori generali ai direttori di dipartimento, fino ai singoli primari. Solo se il rispetto dei tempi e l'incremento dell'accessibilità, sempre nell'ambito dell'appropriatezza, diventano obiettivi premianti per tutta la catena di

comando vedremo un reale cambiamento nell'offerta di salute».

La lezione internazionale

Per superare l'attuale stallo, Aceti suggerisce di guardare con attenzione ad alcune esperienze internazionali, come quella britannica. «Il Nhs ha affrontato una rivoluzione interna passando dal modello di rimborso a prestazione al rimborso a percorso. Questo switch è fondamentale: se paghi la prestazione isolata incentivi la frammentazione, ma se paghi il percorso incentivi la presa in carico e l'appropriatezza lungo tutto l'iter del paziente cronico».

Un altro elemento chiave dell'esperienza britannica è la destinazione di una parte specifica del budget sanitario all'innovazione della governance e dei modelli organizzativi.

«In Italia consideriamo innovazione solo quella di farmaci e dispositivi medici, ma l'innovazione è anche organizzativa, etica e professionale. Richiede risorse dedicate e il coraggio di rompere le resistenze interne che spesso frenano il cambiamento per difendere posizioni di rendita. Solo con una visione globale e obiettivi prioritari centrati sull'interesse pubblico si potrà cambiare passo».

Rigenerare il Ssn per evitare la sfiducia

Nonostante l'analisi severa sulle criticità gestionali, Aceti ribadisce il valore strategico della sanità pubblica. «Non penso che il Ssn abbia tradito la sua promessa universale. Abbiamo ancora performance di altissima qualità nelle alte specialità chirurgiche e tassi di mortalità evitabile tra i migliori al mondo. Il Ssn è un'infrastruttura sociale irrinunciabile che ancora fa il suo, ma non possiamo gestirlo solo con la comunicazione o con finanziamenti privi di visione». Il rischio maggiore è la rinuncia alle cure, fenomeno che ormai riguarda un cittadino su dieci e che sta colpendo anche il Nord.

«Se il sistema non intercetta il cambiamento demografico e la nuova domanda di salute legata a demenze e cronicità, rischia di diventare inutile agli occhi dei cittadini. Difendere il servizio pubblico significa avere il coraggio di governarlo con trasparenza, con timone saldo e con la capacità di innovare i modelli per restituire fiducia a chi oggi si sente abbandonato. La sfida dell'Organismo di verifica è dimostrare che lo stato c'è, controlla e garantisce l'equità di trattamento a ogni cittadino, indipendentemente dalla sua residenza».

La piaga silenziosa di frodi e abusi

Se l'analisi di Aceti ha messo a nudo le opacità della governance e il paradosso di un sistema che troppo spesso delega la verifica delle proprie storture all'attività repressiva dei Nas, il quadro si fa più cupo se si va oltre i confini delle liste d'attesa. Riprendendo la metafora del secchio bucato, la sfida cruciale del Ssn non si esaurisce nel capire quanti finanziamenti mancano all'appello, ma impone d'individuare dove si trovano le falle strutturali che disperdono il valore di risorse già stanziare.

Il report "Frodi e abusi in sanità" realizzato dall'Osservatorio Gimbe in collaborazione con l'Autorità Nazionale Anticorruzione, s'innesta in questo solco. Dimostra che contrastare gli illeciti non serve solo a rispettare leggi o a far quadrare bilanci, ma è azione terapeutica a tutti gli effetti. Ogni euro orientato da condotte opportunistiche è

tolto direttamente alle cure. Significa meno farmaci innovativi, liste d'attesa più lunghe e abbandono dei pazienti più vulnerabili.

Oltre il reato: una nuova definizione del fenomeno

Per comprendere la portata del report va superata la concezione esclusivamente penalistica della corruzione. Gimbe adotta la formula più ampia di frodi e abusi in sanità per perimetrare un ecosistema di comportamenti opportunistici, condotte informali e conflitti d'interesse che, pur non configurando sempre reato o illecito amministrativo, erodono il sistema.

Il settore sanitario è strutturalmente esposto a queste derive per ragioni intrinseche: l'estrema complessità dei processi decisionali, l'asimmetria informativa tra medico e paziente, l'elevata discrezionalità clinica e il peso economico monumentale degli acquisti pubblici. Il report inserisce il fenomeno in una strutturata classificazione degli sprechi che va dal sovrautilizzo d'interventi inappropriati al sottoutilizzo di cure necessarie, passando per inefficienze amministrative, fino ad acquisti a costi eccessivi.

L'Italia è in una posizione critica nelle classifiche internazionali: con lo score assegnatole dal Transparency Corruption Perceptions Index 2025 di 53 su 100 si posiziona al 19° posto su 27 nell'UE e al 52° a livello globale, con un trend in netto peggioramento. Un dato generale che si riflette sulla tenuta del Ssn e che spinge il report Gimbe a mappare il rischio lungo 9 macroaree cruciali.

Le macroaree degli illeciti

Il cuore analitico del report si sviluppa in una dettagliata tassonomia operativa articolata su 9 macrocategorie e 65 tipologie concrete di illecito, che mappano il rischio lungo la catena del valore della sanità pubblica. Il primo livello riguarda policy-making e governance, dove si registrano influenze indebite sulle politiche sanitarie e attuazioni selettive dei piani di salute pubblica per favorire interessi particolari. A questo si collega l'area della regolamentazione del Ssn, caratterizzata da alterazioni nei processi di negoziazione dei farmaci o accreditamenti irregolari di strutture private.

Anche la ricerca clinica non ne è immune, manifestando frodi scientifiche e distorsioni nel reporting dei dati per accelerare l'immissione sul mercato di nuove tecnologie. Il quarto ambito è legato al marketing e alla promozione, dove emergono conflitti d'interesse nella formazione continua e pratiche di disease mongering per espandere il mercato. Il settore degli acquisti di beni e servizi è tra le aree più vulnerabili, a causa della manipolazione dei capitolati di gara, del frazionamento artificioso degli appalti per eludere le soglie comunitarie e di varianti improprie in corso d'opera.

A valle della filiera si collocano i rischi legati a distribuzione e stoccaggio, come la sottrazione di prodotti sanitari dai canali autorizzati. Un impatto rilevante è generato anche dalla gestione di risorse finanziarie, attraverso pratiche di upcoding (falsificazione delle Sdo per ottenere rimborsi più remunerativi), false certificazioni d'invalidità e indebita fruizione di esenzioni dal ticket. Infine, il report mappa le criticità nella gestione delle risorse umane, tra concorsi pilotati e assenteismo, e nell'erogazione stessa dei servizi, dove spiccano la manipolazione delle liste d'attesa e l'illecito dirottamento dei pazienti dal canale pubblico a quello privato.

Impatti sistemici

L'errore più grave è considerare frodi e abusi come un problema puramente finanziario. Il report Gimbe ne analizza con durezza gli impatti diretti sulla salute dei cittadini. La circolazione di prodotti medicali sub-standard, le prescrizioni condizionate da interessi commerciali, l'erogazione di prestazioni non necessarie che espongono i pazienti a rischi iatrogeni e i ritardi diagnostici causati dalla manipolazione delle liste d'attesa si traducono in aumento misurabile di morbidità, complicanze e mortalità evitabile. Inoltre, quando i cittadini sono costretti a ricorrere a pagamenti informali per saltare le code, si scavano disuguaglianze profonde, colpendo in modo sproporzionato le fasce più povere e vulnerabili della popolazione.

Dal punto di vista economico, poi, l'impatto è devastante, benché complesso da stimare con precisione a causa dell'intrinseca sommersione del fenomeno. Le cifre citate con maggiore frequenza offrono un'indicazione della dimensione del problema, pur con forti limiti di aggiornamento e verificabilità. In ambito europeo, una pubblicazione dello European Observatory on Health Systems and Policies e dell'Oms Europa evoca perdite per frodi e corruzione fino a 56 miliardi di euro l'anno (oltre il 5% dei bilanci sanitari), stima tuttavia considerata highly speculative dalla stessa Commissione europea. In Italia il punto di riferimento istituzionale più richiamato è una stima Agenas del 2013, secondo cui i fenomeni corruttivi avrebbero bruciato il 5-6% della spesa sanitaria pubblica, pari a circa 5-6 miliardi di euro l'anno.

Come rilevato anche da Anac, non esistono stime nazionali ufficiali più robuste o aggiornate, ma l'ampiezza del rischio economico è ben fotografata da un altro dato concreto. Nel 2023 il valore della spesa sanitaria italiana per i soli affidamenti e appalti (farmaci, dispositivi medici, apparecchiature e servizi) ha raggiunto i 70,5 miliardi di euro, intercettando un quarto del mercato dei contratti pubblici nazionali e confermandosi l'area più esposta a condotte opportunistiche. Questa emorragia finanziaria, che si manifesta gonfiando i costi d'acquisto o generando rimborsi non dovuti, prosciuga liquidità e comprime lo spazio fiscale del Ssn, spingendo a tagli lineari o al blocco di servizi essenziali.

Strategie di prevenzione e opzioni per i decisori

Il report conclude che frodi e abusi non sono una condanna inevitabile. Non nascono dal nulla, ma sono il prodotto sistemico di incentivi distorti, opacità organizzative e debolezze istituzionali. Per invertire la rotta, Gimbe e Anac delineano una strategia multidimensionale centrata su trasparenza e accountability.

Il primo pilastro è l'implementazione massiva di sistemi informativi integrati e digitali che garantiscano tracciabilità totale di flussi finanziari e forniture, usando algoritmi di fraud detection per identificare le anomalie prima che il danno si consolidi. Inoltre, è urgente abbandonare la logica del massimo ribasso e adottare pratiche d'acquisto basate sul valore complessivo generato, legando i contratti agli outcome di salute reali prodotti sui pazienti.

A livello macro-istituzionale, i decisori politici devono rafforzare l'autonomia e i poteri ispettivi degli organismi di controllo interni alle aziende sanitarie e potenziare gli strumenti di tutela per il whistleblowing, scardinando lo stigma e la paura di ritorsioni professionali.

Infine, il report evidenzia che gli interventi puramente repressivi sono fallimentari se non accompagnati da una riforma strutturale di trattamento economico e condizioni di lavoro del personale sanitario, offrendo alternative conformi alle regole che valorizzino il merito e contrastino la "corruzione di sopravvivenza".

Un patto per la sopravvivenza del Ssn

In un'epoca segnata da vincoli di bilancio stringenti, spinte inflazionistiche e transizione demografica, l'integrità del sistema non è un lusso etico, ma un requisito di sopravvivenza. Come evidenziato in apertura, l'efficienza della spesa non si misura solo nella quantità di risorse iniettate nel Ssn, ma anche nella capacità di trattenere quel valore all'interno del circuito assistenziale.

Il report Gimbe propone una bussola operativa chiara: estirpare frodi e abusi significa liberare miliardi di euro di "finanziamento occulto", risorse esistenti che vanno immediatamente reinvestite per garantire equità d'accesso, dignità del lavoro medico e diritto costituzionale alla salute di ogni cittadino.

Tratto dal numero di luglio 2026 di Tecnica Ospedaliera

Abbonati alla rivista



Abbonati a Tecnica Ospedaliera

TAGS

Iste d'attesa



ARTICOLI CORRELATI

DI PIÙ DELLO STESSO AUTORE



Direzione Generale
Middle management e clinical governance al Policlinico di Foggia



Direzione Generale
Il paradosso della sanità curare l'uomo e ammalare il pianeta?



Direzione Generale
Hta bussola della rigenerazione: l'ospedale virtuale di Asti



LASCIA UN COMMENTO

Commento: