

Indice

Prefazione , di <i>Antonino De Lorenzo</i>	pag. 9
Introduzione	» 11
1. Il labirinto della prenotazione	» 15
1. Cosa sono le liste di attesa	» 15
2. La ricetta medica	» 17
2.1. Dalla prescrizione alla presa in cura	» 18
2.2. La ricetta elettronica e i suoi elementi	» 19
2.3. Regole di compilazione	» 20
2.4. Le sigle U, B, D, P: le classi di priorità	» 20
2.5. In sintesi	» 22
3. L'obbligo di mantenere aperte le agende di prenotazione	» 23
4. Le prestazioni ad accesso diretto: l'eccezione che rafforza la regola	» 24
4.1. L'accesso diretto come modello di governance territoriale	» 25
4.2. L'accesso diretto nella nuova architettura territoriale	» 26
4.3. I benefici del modello	» 26
5. Come funziona l'esenzione dal ticket	» 27
5.1. Le principali tipologie di esenzione	» 27
5.2. Come si ottiene e come si utilizza l'esenzione	» 29
2. Diritto alla salute e percorsi di tutela	» 31
1. L'articolo 32 della Costituzione	» 31
2. I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)	» 35
3. Il Decreto-legge n. 73 del 2024	» 37

3.1. La Piattaforma Nazionale Liste d’Attesa (PNLA)	pag. 38
3.2. Chi controlla: l’“Organismo” e il ruolo nuovo del RUAS regionale	» 43
3.3. CUP: agende aperte, interoperabili, trasparenti	» 44
3.4. Più offerta quando serve: orari estesi, weekend e regole sull’intramoenia	» 45
3.5. Personale: allentare i tetti (e i vincoli bocciati dalla Consulta)	» 46
3.6. Investimenti mirati e rafforzamento dei servizi di comunità (DSM, consultori, screening)	» 47
3.7. Una spinta fiscale per “fare ore” dove mancano	» 48
3.8. Che cosa cambia per chi dirige, per chi lavora e per chi prenota	» 48
3.9. Nodi aperti e attenzioni operative	» 48
3.10. In sintesi	» 49
4. Il PNGLA 2025-2027	» 50
4.1. Il cassetto degli attrezzi: gli allegati A-L del PNGLA	» 50
4.2. Governo dell’offerta: ambiti di garanzia, percorsi di tutela, attori e modelli	» 51
4.3. Trasparenza e comunicazione: cosa pubblicare e come	» 51
4.4. Cosa devono fare Regioni, Aziende, CUP e professionisti	» 52
4.5. Pubblicazione e “guida alla lettura” dei dati	» 53
4.6. Ricoveri programmati: organizzazione e controllo qualità	» 53
5. Percorsi di tutela: cosa succede (e cosa bisogna fare) quando i tempi superano la priorità	» 53
5.1. Cosa succede allo sportello/CUP quando i tempi superano le priorità	» 54
5.2. Gli strumenti pratici del percorso di tutela (ambulatoriale)	» 54
5.3. Le leve organizzative se l’offerta non basta	» 55
5.4. Percorsi di tutela per i ricoveri programmati (logica sovra-aziendale)	» 55
5.5. Come si traduce “tutela” in azioni concrete (il flusso operativo)	» 56
5.6. Cosa deve aspettarsi (e può fare) il cittadino	» 56

6. Attività libero-professionale intramoenia (ALPI): cos'è e come funziona	pag. 57
7. Strutture private accreditate: quando e come possono erogare prestazioni SSN	» 61
8. Mobilità sanitaria e liste di attesa	» 63
8.1. Mobilità sanitaria e liste di attesa	» 63
8.2. Gli indicatori di monitoraggio	» 64
8.3. Le dimensioni del fenomeno	» 65
8.4. Dove (e perché) ci si sposta	» 65
8.4.1. Strutture e professionisti: reputazione e volumi	» 65
8.4.2. Pubblico e privato accreditato	» 66
8.4.3. Ambulatoriale: non solo "esami di laboratorio"	» 66
8.5. Andamenti: una costanza "strutturale" da governare (post-pandemia)	» 66
8.6. In conclusione: dal dato alla pratica	» 67
9. Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato	» 67
3. Nodi e snodi: analisi delle cause cliniche, organizzative e gestionali delle liste di attesa	» 70
1. Medicina difensiva e impatto sulla domanda di prestazioni	» 70
2. Attività intramoenia ed extramoenia: equilibrio tra libertà professionale e diritto di accesso	» 75
2.1. L'intramoenia dal punto di vista del cittadino	» 82
3. Rapporto pubblico-privato: integrazione, competizione e sostenibilità del sistema sanitario	» 85
4. I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)	» 90
4.1. Perché i PDTA alleggeriscono le liste di attesa	» 91
4.2. I benefici per i malati cronici	» 92
4.3. Come chiedere l'inserimento in un percorso dedicato	» 93
5. Appropriatezza e reale bisogno clinico	» 94
5.1. I RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) e la loro funzione	» 95
5.2. Come si definisce la priorità in base al sospetto clinico	» 96
5.3. Perché l'appropriatezza riduce le liste "inutili"	» 97

4. Sanità digitale nel governo delle liste di attesa	pag. 99
1. Il contributo dell'Intelligenza Artificiale	» 99
1.2. Il CUP dinamico: ottimizzazione degli slot e riduzione dei tempi morti	» 100
2. Le nuove tecnologie a servizio del cittadino	» 103
2.1. Telemedicina: consulti a distanza e presa in carico rapida	» 103
2.2. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	» 110
2.3. L'ospedale virtuale	» 114
2.3.1. La declinazione "privata" in Italia: progetti, ruoli e regole del gioco	» 115
2.3.2. Cosa fa, in concreto, un ospedale virtuale	» 115
2.3.3. Ospedale virtuale e governo delle liste d'attesa	» 116
2.3.4. L'integrazione con l'ecosistema pubblico	» 117
Conclusioni	» 119
Proposte basate sulla sanità digitale	» 125
1. Anticipazione dei picchi e "staffing dinamico"	» 126
2. Gestione "intelligente" dell'equilibrio pubblico-privato	» 126
3. Contrasto al "no-show" (appuntamenti deserti)	» 126
3.1. La "smart waitlist" e il recupero real-time (bot conversazionali)	» 127
4. Triage AI e "check-in clinico digitale"	» 127
5. Supporto all'appropriatezza prescrittiva	» 128
6. Conversione dinamica in telemedicina	» 128
7. Open source e replicabilità delle piattaforme CUP	» 128
8. Utilizzo della blockchain nella gestione delle liste di attesa	» 129
Bibliografia	» 131
Glossario	» 133