

Il CUP trova un appuntamento. Ma trova anche la cura?

Liste d'attesa, continuità di cura e Intelligenza Artificiale nella sanità piemontese

Analisi documentale aggiornata alle evidenze raccolte fino al 5 ottobre 2026.

Una data sullo schermo è importante. Ma una prenotazione, da sola, non è ancora un percorso di cura.

Quando una persona entra nel sistema sanitario, quasi mai il suo bisogno finisce con una prenotazione. Una visita può aprire un percorso fatto di esami, terapia, controlli, altri specialisti, referti da confrontare e decisioni da aggiornare. È qui che il CUP diventa decisivo: non solo come porta d'ingresso, ma come punto in cui il sistema deve riuscire a non perdere il paziente.

Il nuovo CUP regionale, annunciato con funzioni di Intelligenza Artificiale, nasce con l'obiettivo dichiarato di rendere l'accesso più semplice, coordinare meglio le disponibilità e migliorare la gestione delle agende. È una prospettiva importante. Ma per capire se sarà davvero un passo avanti bisogna partire da ciò che accadeva prima e da ciò che i documenti ufficiali avevano già messo in evidenza.

1. Quando il CUP diventa un muro

Quando il sistema risponde “non c'è posto”, il CUP non crea il problema: lo mostra. Dietro uno slot che non compare possono esserci agende non sufficienti, organizzazione, capacità di erogazione, personale disponibile, appropriatezza della richiesta e disponibilità reale delle prestazioni.

Questa distinzione è importante, perché evita di attribuire al software ciò che nasce altrove. Un CUP può essere lento, vecchio o poco efficiente; ma anche il sistema più moderno non può offrire un appuntamento che, nella realtà, non esiste.

La Regione Piemonte aveva già individuato alcuni nodi molto prima dell'arrivo dell'Intelligenza Artificiale. Nel Programma regionale sulle liste d'attesa del 2019 si parlava di comportamenti aziendali non uniformi, percorsi frammentati, agende dei controlli aperte per periodi troppo brevi o con posti insufficienti. Il risultato descritto era concreto: pazienti già presi in carico potevano uscire dal percorso previsto e tornare a competere con le prime visite.

Negli anni successivi sono emerse anche criticità direttamente collegate al sistema di prenotazione. Nel luglio 2020, nel Vercellese, l'assessorato riconobbe un “pesante disservizio” nel passaggio locale al CUP regionale. È un episodio circoscritto e non va esteso automaticamente a tutto il Piemonte, ma è un fatto istituzionalmente riconosciuto. Nel febbraio 2026 la Giunta ha poi riconosciuto sovraccarico e criticità dell'infrastruttura del CUP in uso; pochi giorni dopo l'assessore alla Sanità ha parlato di obsolescenza, serie criticità di funzionamento e di un crash della prenotazione online.

Il CUP è il punto in cui il problema diventa visibile. Non necessariamente il punto in cui

2. Il posto c'è. Ma dove?

Il sistema può trovare una disponibilità. Ma può trovarla molto lontano da casa. Per un anziano, una persona fragile, chi lavora o chi deve tornare più volte, la distanza significa tempo, costi, accompagnamenti e organizzazione. Una prestazione formalmente disponibile può diventare, nella vita reale, molto difficile da raggiungere.

Per questo il primo posto libero non coincide sempre con il posto migliore. Se una persona ha già iniziato un percorso, la soluzione più lineare è, quando clinicamente e organizzativamente appropriato, proseguirlo nella struttura o nell'équipe che già conosce il caso. Se questo non è possibile, la prossimità dovrebbe pesare insieme alla continuità delle informazioni e della presa in carico.

Qui entra anche un tema meno visibile: i sistemi informativi. Restare nella stessa struttura o nello stesso contesto organizzativo può facilitare l'accesso a documenti e informazioni già presenti nei sistemi interni, ma non possiamo trasformarlo in una garanzia assoluta. Il Piano sociosanitario regionale documenta infatti una continuità informativa già avanzata per alcuni flussi, ma non ancora uniforme per tutte le categorie documentali e tra tutte le aziende.

3. “Questo esame l’ho già fatto”: quando il percorso ricomincia

C'è una frase che racconta bene il problema: “Questo esame l’ho già fatto”. A volte ripeterlo è corretto. Un parametro può essere cambiato, può servire un controllo oppure può essere trascorso così tanto tempo tra una visita e l'altra da rendere necessario un dato più aggiornato.

Ma esiste anche un'altra possibilità: il medico non ha immediatamente a disposizione ciò che è già stato fatto. Se un referto non è facilmente accessibile, se la documentazione è incompleta o se il passaggio tra strutture rende difficile ricostruire il quadro, il percorso rischia di ripartire da capo.

Nuovo esame, nuova prenotazione, nuova attesa. E quando la ripetizione avviene senza una reale necessità clinica, pesa due volte: sul paziente e sul sistema. Si utilizza un nuovo spazio in agenda, si impegna personale e aumenta la spesa senza aumentare la capacità di cura.

Non abbiamo un dato regionale che permetta di separare con precisione quante ripetizioni siano clinicamente necessarie, quante dipendano dal tempo trascorso e quante dalla mancata disponibilità delle informazioni precedenti. Proprio per questo sarebbe utile iniziare a misurarlo.

4. Il Fascicolo Sanitario Elettronico c'è. Ma la storia clinica viaggia davvero tutta?

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è uno strumento fondamentale, ma la sua esistenza non significa automaticamente che ogni professionista abbia sempre, in modo completo e uniforme, tutto ciò che serve per proseguire il percorso.

Il Piano sociosanitario regionale 2025-2030 fotografa una situazione articolata: nel 2024 l'alimentazione del FSE da parte delle aziende pubbliche piemontesi era quasi completa per alcuni documenti, come i

referti di laboratorio, e molto avanzata per radiologia, anatomia patologica e Pronto Soccorso. Per i referti di specialistica ambulatoriale, invece, la quota in formato strutturato CDA2 era pari al 58,5%, con differenze tra aziende.

Il punto non è dire che il FSE “non funziona”. Il punto è più semplice: la continuità informativa esiste, ma non è ancora uniforme. E quando cambia il professionista, la struttura o il territorio, la qualità del percorso dipende anche dalla possibilità di recuperare rapidamente ciò che è già noto.

5. Arriva l’Intelligenza Artificiale. Ma cosa sa davvero?

La Regione presenta il nuovo CUP come una risposta alle difficoltà di accesso: prenotazioni più semplici, disponibilità meglio coordinate, capacità di ricontattare chi è in attesa e strumenti di orientamento, in particolare per pazienti cronici e fragili. Nei documenti regionali l’Intelligenza Artificiale viene collegata alla gestione delle prenotazioni, all’orientamento e alla programmazione più dinamica dell’offerta.

Sono obiettivi interessanti. Ma, sulla base dei documenti pubblici raccolti, non è ancora possibile ricostruire con precisione che cosa ogni singola funzione di IA utilizzerà davvero per decidere. Non sappiamo, funzione per funzione, se e come verranno usati referti, terapie, Fascicolo Sanitario Elettronico, distanza, struttura precedente, stesso medico o stessa équipe, storia del percorso e preferenze del paziente.

Non emerge inoltre una gerarchia pubblica tra i criteri. Se il primo posto libero è lontano, ma nella struttura abituale c’è un appuntamento qualche giorno dopo, che cosa deve pesare di più? Se un paziente è fragile, conta di più la velocità o la possibilità di restare vicino a casa? Se l’algoritmo propone una soluzione poco coerente con il percorso, chi la corregge?

6. Otto domande che l’IA non può lasciare aperte

1. Misuriamo soltanto la prenotazione o anche il percorso che viene dopo?
2. Il primo posto libero è anche quello più adatto?
3. Su quali dati decide davvero l’algoritmo?
4. Chi può correggere una proposta quando è sbagliata o poco adatta?
5. L’IA ridurrà il lavoro amministrativo oppure creerà nuovi controlli e verifiche per i professionisti?
6. Una persona fragile o poco digitale potrà ancora parlare facilmente con un operatore?
7. Quando le funzioni annunciate saranno realmente operative e misurabili?
8. Se la prestazione non esiste, che cosa può fare l’IA?

Queste domande non servono a bocciare la tecnologia. Servono a giudicarla nel modo corretto: per ciò che cambia davvero nella vita di chi deve curarsi e nel lavoro di chi cura.

7. Non c’è IA che tenga se manca chi quella prestazione deve erogarla

L’Intelligenza Artificiale può cercare meglio tra le disponibilità, recuperare uno slot liberato, aiutare a organizzare le agende e leggere meglio la domanda. Può ridurre passaggi inutili e rendere più veloce una parte del lavoro.

Ma non crea medici. Non aggiunge ore ambulatoriali. Non mette in servizio da sola una sala, un'apparecchiatura o un'équipe. Non aumenta automaticamente la capacità di un reparto.

È qui che il dibattito sul nuovo CUP deve restare concreto. Collegare più agende e renderle visibili è utile. Ma agenda collegata, slot realmente disponibile e prestazione realmente erogabile non sono la stessa cosa. Un sistema può organizzare meglio l'offerta esistente; non può inventare l'offerta che manca.

Non c'è Intelligenza Artificiale che tenga se manca chi quella prestazione deve erogarla.

8. La vera sanità intelligente

La vera sanità intelligente non è quella che riesce semplicemente ad assegnare uno slot. È quella che non perde il paziente tra un appuntamento e l'altro, non costringe il medico a ricostruire ogni volta la storia e non confonde velocità con continuità di cura.

Il nuovo CUP può essere un passo avanti. Ma il risultato dovrà essere misurato nel percorso reale del paziente: quanto è lontano l'appuntamento, se il follow-up resta dentro la presa in carico, se le informazioni precedenti sono disponibili, quanto tempo perde il medico a ricostruirle, quante volte un esame viene ripetuto perché serve davvero, quante perché è trascorso troppo tempo e quante perché il dato precedente non è accessibile.

Dovremo misurare anche ciò che oggi resta spesso invisibile: il lavoro dei caregiver, la difficoltà delle persone fragili, il peso degli spostamenti, il recupero degli slot liberati, il tempo sottratto alla cura per attività di ricostruzione e verifica.

La tecnologia può essere un alleato importante. Ma la domanda finale resta la stessa: il nuovo sistema riuscirà soltanto a trovare un appuntamento più velocemente, oppure riuscirà a tenere insieme il percorso di cura?

Un sistema è davvero intelligente quando non perde il paziente tra una prestazione e quella successiva.

Fonti ufficiali e documenti consultabili

Le fonti sotto riportate sono quelle utilizzate per i passaggi principali dell'analisi. I collegamenti aprono direttamente atti, pagine istituzionali o resoconti ufficiali.

1. Regione Piemonte — DGR 110-9017 del 16 maggio 2019 — Programma regionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021. [Apri la fonte ufficiale](#)

2. Regione Piemonte — DGR 16-7729 del 20 novembre 2023 — Ulteriori azioni per la riduzione delle liste di attesa e regole sui percorsi successivi al primo accesso. [Apri la fonte ufficiale](#)

3. Regione Piemonte — DGR 29-607 del 20 dicembre 2024 — Unità centrale regionale per assistenza sanitaria, tempi e liste di attesa. [Apri la fonte ufficiale](#)

- 4. Regione Piemonte — Piano sociosanitario regionale 2025-2030** — Dati e obiettivi su interoperabilità, Fascicolo Sanitario Elettronico e continuità informativa. [Apri la fonte ufficiale](#)
- 5. Regione Piemonte — DGR 28-238 del 4 ottobre 2024** — Atto di indirizzo relativo al nuovo CUP. [Apri la fonte ufficiale](#)
- 6. Regione Piemonte — Primo incontro per il nuovo CUP integrato con l'IA, 23 settembre 2024** — Annuncio istituzionale sulla progettazione del nuovo sistema. [Apri la fonte ufficiale](#)
- 7. Regione Piemonte — Al via il nuovo Centro Unico di Prenotazione, 1 ottobre 2025** — Funzioni annunciate del nuovo CUP e ruolo attribuito all'Intelligenza Artificiale. [Apri la fonte ufficiale](#)
- 8. Regione Piemonte — Nuovo CUP integrato con IA, 27 gennaio 2026** — Dichiarazioni sul superamento del sistema esistente e sugli obiettivi del nuovo CUP. [Apri la fonte ufficiale](#)
- 9. Consiglio regionale del Piemonte — Interrogazione n. 334, 14 luglio 2020** — CUP e SOVRACUP nella provincia di Vercelli; documenti e risposta orale. [Apri la fonte ufficiale](#)
- 10. Consiglio regionale del Piemonte — Interrogazione n. 895, 3 febbraio 2026** — Malfunzionamenti dei sistemi di prenotazione CUP e risposta della Giunta. [Apri la fonte ufficiale](#)
- 11. Consiglio regionale del Piemonte — Interrogazione n. 894, 10 febbraio 2026** — Prenotazioni bloccate e risposta della Giunta; documenti dell'iter. [Apri la fonte ufficiale](#)
- 12. Consiglio regionale del Piemonte — Resoconto seduta n. 81 del 10 febbraio 2026** — Discussione consiliare sulle criticità del CUP e sul nuovo sistema. [Apri la fonte ufficiale](#)
- 13. Ministero della Salute — Raccomandazione n. 17** — Riconciliazione della terapia farmacologica nelle transizioni di cura. [Apri la fonte ufficiale](#)

Nota metodologica

L'analisi distingue ciò che gli atti documentano direttamente da ciò che resta da misurare. Una regola prevista non viene trattata come prova della sua applicazione uniforme; un annuncio sul nuovo CUP non viene trattato come prova di una funzione già operativa. La documentazione disponibile fotografa il quadro raccolto fino al 5 ottobre 2026.